Nr. 29 22. lipca 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Albin RACINOWSKI, lek. szp. św. Łazarza. Warszawa.

Zmiany skóry w niedomodze przytarczyc.*)

Luźne wzmianki autorów, zajmujących się doświadczalnie i klinicznie istotą chorób, mających swe źródło w zaburzeniach gruczołów dokrewnych, wzmianki, częstokroć pobieżnie tylko dotyczące pewnych zmian skóry i uwłosienia, skłoniły w ostatnich latach do bliższego zaznajomienia się z patogenezą i etjologją tych cierpień skóry, których występowanie może być uzależnione od nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych. Jeżeli jednak fizjologja gruczołów dokrewnych, ich wzajemne oddziaływanie i stosunek do innych narządów ustroju, specjalnie układu współczulnego, niezależnie od pewnych faktów ustalonych, posiadają jeszcze wiele kwestji nierozstrzygniętych, to i badanie znaczenia gruczołów dokrewnych w patologji chorób skóry, może być uwarunkowane tylko wiadomościami o wewnętrznem wydzielaniu, mającemi już trwalsze podstawy.

Ponieważ wiadomości o wewnętrznem wydzielaniu są w ścisłym związku z kliniką i że zazwyczaj powikłany obraz kliniczny zaburzeń gruczołów dokrewnych częstokroć nie odpowiada zmianom histopatologicznym, wszelkie przypadki zmian skóry, w których podejrzewać możemy rolę etjologiczną gruczołów dokrewnych, zasługują na omówienie, jako mogące mieć pewne znaczenie dla ich patogenezy oraz rozpoznawania.

Wiosną 1917 r. miałem możność spostrzegać na oddziale kol. Krysińskiego pięciu chorych, chłopców od $2^1/_2$ do 6 lat, przedstawiających zespół objawów układu nerwowego i skóry o przebiegu u wszystkich chorych niemal identycznym.

Stan ogólny tych chorych był przez cały czas spostrzegania ciężki, towarzyszyła mu podniesiona ciepłota, 38.0—39.2, przyśpieszenie oddechu i tętna (120—160), senność, wzmożone pragnienie i nieżytowe objawy kanału pokarmowego. Objawy układu nerwowego polegały na wzmożonej pobudliwości nerwów czuciowych i ruchowych wraz z kurczami tonicznemi i klonicznemi rozmaitych grup mięśni, tworząc, przy uwzględnieniu stanu ogólnego chorych, w całości obraz tężyczki. U trzech chorych stwierdzono krzywicowe zmiany kośćca.

Objawy skórne były bardzo rozległe, zajmowały niemal cały tułów, twarz, szyję i kończyny dolne i górne, z pozostawieniem pewnych odcinków ciała zdrowemi; skóra okolic zajętych była obrzękła i zaczerwieniona; w trzech przypadkach zaczerwienienie na brzuchu, szyi, narządach płciowych i dolnych kończynach było bardzo żywe, rozlane, z pozbawieniem naskórka i znacznem sączeniem; w innych okolicach, gdzie zaczerwienienie było mniej żywe, skóra była sucha, pokryta drobnemi grudkami lub mocno przylegającemi szaremi łuskami. Na czaszce, skąpo uwłosionej, zmiany przedstawiały się w postaci obszernych, mocno przylegających strupów lub łusek. Dłonie, podeszwy i paznogcie bez zmian. Po wykluczeniu cierpień skóry, mających w obrazie klinicznym pewne cechy podobne do wyżej opisanych: 1. osutki lekowej zewnętrznego lub wewnętrznego pochodzenia, 2. grzybicy w szerokiem znaczeniu, 3. łupieżu różowego Gibert'a i 4. wrodzonego złuszczającego zapalenia skóry (dermatitis ichthyosiformis congenitalis), rozpoznanie sprawy skórnej należało uważać jako ostry stan zapalny skóry, klinicznie najbliżej stojący postaci »eczema rubrum«.

Drobnowidowe badanie kawałka skóry, wyciętego u jednego chorego po śmierci (przyp. II.), dało następujący obraz. Warstwa rogowa umiarkowanie zgrubiała, w wielu miejscach odstaje, tworząc mniejsze lub większe uwypuklenia i częstokroć jest postrzępiona lub nawet brak jej zupełnie; tu i ówdzie wykazuje objawy parakeratozy. Warstwa ziarnista bardzo skąpa, przeważnie brak jej zupełnie. Warstwa komórek kolczastych miejscami nie przedstawia żadnych zmian, miejcami zaś, ogniskowo, komórki są rozluźnione, poukładane nieprawidłowo; w niektórych komórkach tej warstwy jądra przedstawiają się w postaci mocno zabarwionej o nieprawidłowych konturach masy i są mniejsze, niż w komórkach sąsiednich; sople nie wydłużone, miejscami wygładzone. W warstwie komórek nabłonkowych widać pęcherzykowate, rozmaitej wielkości i kształtu przestrzenie, wypełnione nieszczelnie komórkami o zwyrodniałem jądrze i pomarszczonej zarodzi: przestrzenie te bywają częstokroć dość znaczne, zajmując całą szerokość warstwy kolczastej i pokrywę mają gładką lub uwypukloną ku górze. W niektórych skrawkach widać brodawkowate wzniesienia nabłonka. Akantoza słabo wyrażona. Umiarkowany obrzęk brodawek tkanki łącznej. Gruczoły potowe bez zmian.

Ciężki stan ogólny i uporczywość objawów układu nerwowego oraz skóry trwały przez cały czas spostrzegania chorych, doprowadzając ich w ciągu kilkunastu dni do zupełnego wyniszczenia i śmierci. W jednym tylko przypadku, w kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, wystąpiła poprawa, utrzymująca się w ciągu 7 dni, po której przyszło znowu pogorszenie stanu ogólnego i zgon; złagodzenie zmian skóry utrzymało się tutaj do końca spostrzegania. Chorzy otrzymywali środki podtrzymujące działalność serca i sole wapnia; zmiany skóry leczone były symptomatycznie.

Badanie pośmiertne było dokonane w trzech przypadkach (kol. K. Kuligowski). W jednym przypadku znaleziono gruźlicze serowate zmiany gruczołów oskrzelowych i krezkowych oraz wrzody gruźlicze w jelitach; w dwóch pozostałych, prócz przewlekłego nieżytu kanału pokarmowego, innych zmian na stole sekcyjnym nie skonstatowano. Pozatem we wszystkich przypadkach znaleziono zmiany degeneracyjne serca, wątroby, śledziony i nerek. W krótkiem streszczeniu poszczególne przypadki przedstawiają się jak następuje:

Przypadek I. Leon K. $4^1/_2$ lata. 23. VI. 1917. Stan ogólny ciężki. Znaczne wyniszczenie i ogólna adynamja. W płucach suche rzężenia. Tony serca głuche, rytm płodowy, tętno 120, drobne. Ciepłota 39.0. Oddech Cheyne-Stokes'a z akcentem przy wydechu. Język obłożony. Soor. Brzuch wzdęty. Śledziona i wątroba nie macalne. Odruchy ścięgnowe z dolnych kończyn zniesione, z górnych dodatnie. Chvostek +. Trousseau +. Skóra kończyn dolnych i górnych, szyi, tułowia i twarzy obrzękła, zaczerwieniona, miejscami sącząca, miejscami sucha i łuszcząca się; liczne objawy narzuconego zakażenia (impetigines). Rozpoznanie: *tetania manifesta, eczema fere universale, autointoxicatio.* 24. VI. Stan ogólny gorszy; chory oddaje mocz pod siebie, wypróżnienia prawidłowe. Ślady białka w moczu, wałeczki ziarniste i komórki nerkowe. Tętno niewyczuwalne. Ciepłota 36.5. 25. VI. Exitus. Badanie pośmiertne: *tbc. caseosa glandul. bronchialum mediastini antici et postici; oedema pulmonum, degeneratio parench. cordis, infiltratio lipomatosa hepatis, nephritis mixta, gastritis catarh. chr., ulcera tuberculosa intestini ilei, tbc glandularum mesenterii. Eczema universale.*

Przypadek II. Marjan R. 4 lata. 14. V. 1917. Stan ogólny ciężki. Chory niespokojny, rzuca się. Duszność (40 oddechów na minutę).. Zapach acetonu z jamy ustnej, język suchy; źrenice rozszerzone, leniwie oddziaływują na światło. Płuca i serce bez zmian. Tętno miarowe 150, średnio napełnione. Ciepłota 35.9. Brzuch wzdęty, śledziona i wątroba nie macalne. Chvostek +. Trousseau +. »Pieje i zanosi się«. Obrzęk i znaczne zaczerwienienie oraz sączenie skóry kończyn dolnych i górnych, moszny i prącia. Umiarkowane zaczerwienienie tułowia i ogniska plackowate, składające się z drobnych grudek suchych lub strupków; takież wykwity na powiekach i uwłosionej części głowy. Rozpoznanie: *tetania, eczema, autointoxicatio* 16. V. stan ogólny cięższy. Ciepłota 38.4. Tętno 160, drobne, słabo napełnione; duszność silniejsza. Granice serca rozszerzone, rytm galopujący. Mocz bez zmian. 18. V. Stan nieco lepszy; duszność umiarkowana, 30 odd. na minutę. Tętno 120, tony czyste, rytm galopu-

*) Według odczytu, wygłoszonego d. 8. marca r. b., w Pol. Tow. Dermat.

jący ustąpił; źrenice nieco węższe, oddziaływują dość żywo; sensorium wolne. Zaczerwienienie i obrzęk kończyn oraz moszny nieco mniejsze; na tułowiu skóra blednie. 21. V. Stan ogólny lepszy. Ciepłota 38.0, tętno 120, miarowe, tony serca głuche. Płuca bez zmian. Objawy tężyczkowe nasilają się. 25. V. Ciepłota 38.5. Zaczerwienienie i sączenie stopniowo ustępują. Na prawem udzie tworzy się ropień. 29. V. Kaszel suchy, ciepłota 38.2, tętno 126; wypróżnienia częste, śluzowe. Śledziona macalna na 2 palce z pod łuku żebrowego. 1. VI. Ciepłota 39.2, tętno 128, nitkowate, biegunka, ropnie na udach i ramionach. Stan ogólny gorszy. Exitus. Badanie pośmiertne: *degeneratio parenchymatosa cordis, tumor lienis acutus, abscessus subcutan femoris et brachii utriusque, gastroenteritis catarrh. chr.*

Przypadek III. Władysław K. 6 lat. 7. VI. 1918. Krzywicze zmiany kośćca, niedorozwój dolnej szczęki, rozszczepienie wyrostka mieczykowatego, 10-e żebro wolne, umiarkowane rozdęcie nasad kości długich; twarz płaska, wystający arcus zygomat., wargi odchylone, z poza których zwisa język (habit. degenerat.). Zupełny brak uzębienia, jedyny dolny molar przedstawia obraz próchnicy okrężnej, mlecznych zębów brak, stałe nie wyrastają. Stan ogólny ciężki. Umiarkowana rozedma płuc, odgłos opukowy bębenkowy, przytłumienie w lewej przestrzeni międzyłopatkowej i na 3, 4 i 5 kolczystych wyrostkach. D'Espine +. Świsty i rzężenia suche w płucach. Granice serca normalne, tony głuche, rytm galopujący, tętno 160, drobne. Wątroba i śledziona nie macalne. Chvostek +, Trousseau +, Schlesinger +. »Pieje i zanosi się«. Tetaniczne ustawienie kiści i stóp. Odruchy ścięgnowe osłabione z dolnych kończyn. Język suchy. Ciepłota 38.5. Skóra tułowia i kończyn silnie zaczerwieniona, obrzękła, pokryta łuskami; na twarzy oddzielne placki sączące, gdzieniegdzie pokryte cienkiemi strupami; na uwłosionej części głowy mocno przylegające strupy i łuski. Cierpienie skóry trwa jakoby 3 lata. Rozpoznanie: *tetania, tbc gland. peribronchialium, eczema.* 10. VI. objawy tężyczkowe nasilają się; stały skurcz mięśni kończyn dolnych i górnych. Tętno ledwo wyczuwalne. 14. VI. Stan ogólny gorszy, tętno niewyczuwalne, biegunka, mocz prawidłowy, soor. 17. VI. Exitus. Badanie pośmiertne: *degeneratio parenchymatosa organorum, gastroenteritis et colitis catarrh. chr.*

Przypadek IV. Józef B. 4 lata. 2. VI. 1917. Wyniszczony, krzywicze zmiany kośćca. Gruczoły szyjne, międzyżebrowe i pachwinowe powiększone. Stłumienie w lewym szczycie i lewej przestrzeni międzyłopatkowej; D'Espine +; oddech wydłużony. Serce, wątroba i śledziona bez zmian. »Pieje i zanosi się« podczas płaczu. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Chvostek +, Trousseau +, Schlesinger +. Stan gorączkowy 38.0—38.5. Tętno drobne, nitkowate. Zaczerwienienie, umiarkowany obrzęk i sączenie skóry pośladków, tułowia (lędźwie); na pośladkach kilka czyraków i liszajce. Rozpoznanie: *tetania, eczema, impetiginos.* 5. V. Stan ogólny bez zmiany; wykwity skórne łagodnieją. 8. V. biegunka, brzuch zapadnięty, ciepłota 38.2, skóra na pośladkach i tułowiu blednie. 10. V. tętno nie wyczuwalne, oddech przyśpieszony, mocz prawidłowy. 11. V. Exitus.

Przypadek V. Edward M. 2½ lat. 21. IV. 1917. Znaczne wyniszczenie. W narządach wewnętrznych zmian niema. »Pieje i zanosi się«. Chvostek +. Trousseau +. Częste napady skurczów w kończynach dolnych i górnych. Skóra twarzy, szyi, uszu i brzucha silnie zaczerwieniona, sącząca, pozbawiona naskórka; na uwłosionej części głowy i uszach liczne strupy; po usunięciu strupów widać różową, wilgotną powierzchnię. Rozpoznanie: *tetania, eczema universale.* 23. IV. Stan bezgorączkowy, tętno ledwo wyczuwalne. 27. IV. Objawy skórne łagodnieją. 30. IV. Napady tężyczkowe występują kilka razy dziennie, wychudzenie coraz większe, mocz prawidłowy; sączenie skóry twarzy silniejsze. 4. V. Stan ogólny gorszy, tętno nitkowate, 120; biegunka. Exitus.

Jeżeli zrobi się ogólny rzut oka na przypadki przytoczone, mimowoli nasuwa się pytanie, czy współistnienie tężyczki i rozległego wyprysku u naszych chorych, obu spraw o ciężkim przebiegu, jest przypadkowe, czy też mogą się one znajdować ze sobą w pewnym przyczynowym związku.

Niepodobna pominąć faktu, że zjawienie się pięciu przypadków tężyczki, powikłanej wypryskiem, w wiosennych miesiącach 1917 r., nb. wyłącznie u chłopców, nadaje obu cierpieniom pewne znamiona epidemji. Wprawdzie przyp. III. przybył do szpitala na wiosnę 1918 r., lecz z wywiadów stwierdziłem, że choroba trwa z górą 2 lata, a więc chronologicznie i ten przypadek należy odnieść do okresu 1917 roku. Od daty zaś ostatniego przypadku, pomimo, że cały materjał chorych (szpitalny i znaczna część ambulatoryjnego) w ciągu następnych 3 lat przechodził przez moje ręce, ani jednego podobnego chorego nie udało mi się spostrzegać. Nawiasem dodać należy, że w latach 1914—1918 były nagminnie spostrzegane i ogłoszone przypadki tężyczki przez Kopczyńskiego, Goldflama i Orzechowskiego (we wschod. Małopolsce). Jeżeli dodać do tego ciężki z zejściem śmiertelnem przebieg obu cierpień we wszystkich przypadkach oraz bardzo podobną symptomatologję skóry, mimowoli rodzi się przypuszczenie, że tężyczka i wyprysk w tych przypadkach mogą posiadać wspólne tło etjologiczne.

Ponieważ, według ostatnich badań, istotą tężyczki są zaburzenia w systemie gruczołów dokrewnych, w pierwszym rzędzie zaburzenia czynności przytarczyc, należy poszukać, czy upośledzona działalność lub ich brak może ujawnić się w ten czy w inny sposób na skórze. Pod tym względem w piśmiennictwie znajdujemy bardzo skąpe wiadomości. Wiadomo, że u zwierząt, którym wycinano przytarczyce, zauważono, prócz innych objawów, również i pewne zmiany skóry i uwłosienia. Leśniowski stwierdził u królików, którym wycinał obie przytarczyce zewnętrzne, nader wyraźne zmiany odżywcze skóry i szerści, przybierającej wygląd starego wytartego futra. Biedl, wyliczając rozmaite zmiany skóry u zwierząt z operacyjną tężyczką, mówi kategorycznie, że widział u nich wyprysk (eczema), wzmagający się, im dłużej zwierzę żyje po operacji; co się zaś tyczy ludzi, twierdzi, że w przewlekłych i nawrotowych postaciach tężyczki spostrzegano pokrzywkę, opryszczki i pęcherzycę. Orzechowski przytacza kazuistykę przypadku tężyczki ze zmiękknieniem kości u 16 letniego chłopca, który miał świerzbiączkę (prurigo) »z następowemi uporczywemi wypryskami«. Bolten w przypadku pokrzywki, powikłanej tężyczką, widzi nie samoistną chorobę, lecz stan następowy na tle przewlekłej intoksykacji, skutkiem wrodzonej hypotonji nerwu współczulnego, nierozdzielnie związanej z obniżoną czynnością gruczołów dokrewnych. Powikłanie tężyczki z twardziną skóry podaje Depisch. Walter (z Krakowa) i Schardorn, opisując swe przypadki liszajca opryszczkowego (*imp. herpetiformis*), uzależniają to cierpienie od niedostateczności głównie przytarczyc. Wreszcie wielu autorów, mówiąc o tężyczce u ludzi, wspominają o pewnych zmianach skóry i wypadaniu włosów u chorych tężyczkowych (Golay).

Jeżeli te szczupłe dane pozwalają nam przypuszczać, że czynność przytarczyc może znajdować swój wyraz i na skórze, przypuszczenie to nabiera tem większego prawdopodobieństwa, skoro się weźmie pod uwagę liczne fakty kliniczne i doświadczalne, stwierdzające, że, prócz przytarczyc, inne gruczoły dokrewne mogą wpływać na stan skóry i uwłosienia i że ich czynność w ustroju jest regulowana wzajemnem i uzgodnionem oddziaływaniem.

W naszych przypadkach na pierwszy plan wysunęła się niedomoga przytarczyc. Niedomoga ta, ujawniała się z jednej strony przewlekłem zubożeniem chorych w sole wapniowe (krzywicze zmiany kośćca, wadliwe uzębienie, pobudliwość nerwów obwodowych), z drugiej zaś strony niedostatecznem oddziaływaniem wydzieliny przytarczyc na komórki wątrobowe w pracy nad unieszkodliwianiem trujących substancji z produktów niezupełnego rozpadu białka. Przewlekły zaś nieżyt dróg pokarmowych, jako następstwo wadliwego odżywiania (proletarjat, wojna), a w przypadku III. zakażenie gruźlicze, były jednym z poważnych czynników, odgrywających rolę w występowaniu niedomogi przytarczyc, doprowadzającej ustrój do zatrucia.

Na przeładowanie ustroju trującemi substancjami zareagowała skóra w postaci zmian, jakie widzieliśmy u naszych chorych, zmian nie posiadających cech swoistych i nie tworzących w całości pewnej jednostki chorobowej, lecz, w myśl współczesnych poglądów na patogenezę dermatoz, będących tylko sposobem oddziaływania indywidualnie przygotowanej skóry na szkodliwe czynniki.

W mechanizmie powstawania tych zmian wziął udział przedewszystkiem układ współczulny.

Fizjologiczna czynność skóry, jak wiadomo, podlega regulowaniu ze strony nerwu współczulnego, od którego sprawności zależy prawidłowy stan skóry: krążenie i wydzielanie barwika, potu i tłuszczu. Zaburzenia w czynności nerwu współczulnego powodują bezpośrednie występowanie zmian skóry o rozmaitych cechach morfologicznych i topograficznych w zależności od terenu jego działania oraz charakteru i natężenia schorzenia nerwu.

W naszych przypadkach mamy podstawowy czynnik, wpływający na zaburzenia w sprawności nerwu współczul-

nego. Są nim przytarczyce, których wydzielina, według zdania wielu badaczów (Biedl, Falta, Rudinger), posiada działanie hamujące w stosunku do nerwu współczulnego, co tłómaczy się objawami, jakie zachodzą przy tężyczce, — niezmierną pobudliwością nerwów czuciowych i ruchowych. Czy podrażnienie układu współczulnego odbywa się wskutek zakłócenia asymilacji wapnia, zakłócenia zwykle towarzyszącego tężyczce, czy też skutkiem braku hamującego działania wydzieliny przytarczyc, jestto sprawa, przy swej niejasności, dla patogenezy spostrzeganych przy tężyczce zmian skóry podrzędnego znaczenia. Fakt nadwrażliwości układu współczulnego klinicznie pozostaje tu niezmieniony i w stosunku do skóry ujawnia się w postaci zmian rozległych, jakie widzieliśmy u naszych chorych: rumieniowatege zaczerwienienia skóry, obrzęku, sączenia i zmian następczych.

Postrzeganie powyższych przypadków nastręcza następujące uwagi: 1. niedomoga przytarczyc u dzieci może ujawniać się, niezależnie od zaburzeń w układzie nerwowym, w postaci powierzchownych zapalnych zmian skóry, bardzo zbliżonych klinicznie i anatomo-patologicznie do wyprysku; 2. zmiany te, nie posiadając cech swoistych, są wyrazem oddziaływania ustroju za pomocą skóry na powstające w nim szkodliwe czynniki; 3. ogniwem łączącem upośledzoną czynność przytarczyc i skórę jest układ współczulny.

Anastazy LANDAU, ordynator oddziału. Warszawa

Kilka uwag o leczeniu mieszanem zimnicy oraz o pierwszych próbach stosowania w zimnicy soli bizmutowych.

Z I. Oddziału wewnętrz. szpitala Wolskiego w Warszawie.
Według odczytu wygłoszonego w Tow. lekarskiem Warszaw. dnia 31 października 1922.

»Lekarz, który zapomocą chininy nie potrafi wyleczyć chorego z zimnicy, powinien zaniechać praktyki lekarskiej«, powiedział w swoim czasie Sir Wiliam Osler. W aforyzmie powyższym słynnego klinicysty angielskiego, jak w każdym *bon mot,* jest sporo prawdy, ale i przesady. Istotnie, wśród wielorakich postaci zimnicy istnieje niewątpliwie pewien odsetek przypadków, które zapomocą chininy szybko i doszczętnie wyleczyć się dają. Że jednak częstokroć dzieje się inaczej, na dowód tego pozwolę sobie przytoczyć niedawną opinję również lekarza angielskiego dra Phear'a, który na mocy bardzo bogatego doświadczenia zimniczego, zdobytego podczas wojny w Macedonji, pisze w Lancet, 10. VII. 1920 na str. 58 co następuje: Praktycznym wynikiem olbrzymiej pracy było przekonanie się o niemożliwości w przypadkach powracającej zimnicy ostatecznego wytrzebienia zarazka zimniczego w ustroju niezależnie od tego, jaka była stosowana metoda lecznicza (*The practical outcome of an immense amount of work was the realisation of the impossibility of eradicating the malaric parasite from the system in cases of relapsing malaria by any method of treatment);* dodać winienem, że autor, o którym mowa, posiłkował się w leczeniu zimnicy wyłącznie chininą i że różnice metod leczenia polegały jedynie na różnych sposobach jej podawania. Czem się więc dzieje, że stosunek chininy do zimnicy nie układa się tak prosto, jak go sobie wyobrażał Osler, który niepowodzenia lecznicze usiłował odnosić wyłącznie do nieumiejętności lekarskiej? Wiadomo przedewszystkiem, iż istnieje pewien, aczkolwiek nie zbyt wielki odsetek chorych zimniczych, którzy, odznaczając się indywidualną wrażliwością na chininę, nie znoszą zupełnie tego leku i po najmniejszych jego dawkach dostają bądź objawów ogólnych zatrucia, jak mdłości, wymiotów, biegunki, zawrotów głowy, szumu i dzwonienia w uszach, zaburzeń ze strony nerwu wzrokowego itp., bądź też, co się zdarza najczęściej, objawów skórnych, począwszy od szybko przemijającego banalnego rumienia aż do ciężkiego zapalenia skóry z łuszczeniem (*dermatitis exfoliativa)* i gorączką, które nieraz prowadzi nawet do zejścia śmiertelnego.

Tego rodzaju osobnicza nietolerancja chininy całkowicie uniemożliwia jej stosowanie. Następnie, znane są przypadki zimnicy, wywołanej przez plazmodje chinoodporne, które nie giną ze krwi pomimo znacznie zwiększonych dawek tego leku i nawet w toku leczenia chinowego nie przestają wywoływać ciężkich napadów zimniczych. Pod chinoodpornością pasorzytów zimniczych należy rozumieć zjawisko dwojakiego rodzaju: zdarzają się całkowite epidemje zimnicy, chininą zupełnie nie leczonej, a która mimo to na lek ten zupełnie nie reaguje. Epidemja podobna w Taurusie (w Azji mniejszej) opisana była przez Schillinga w r. 1919, również Nocht i Werner opisują podobną epidemję w Brazylji; nie będę się w tej chwili zastanawiał nad mechanizmem powstawania chinoodpornych szczepów plazmodji u ludzi, poprzednio chininą nie traktowanych, albowiem sposób powstawania podobnych odmian pasorzyta zimniczego jest jeszcze dotąd sprawą sporną, z drugiej zaś strony w naszym klimacie zjawisko podobne jest dotąd nieopisane, z czego wnosić wypada, iż dotąd nie było ono również spostrzegane. Całkiem innego rodzaju rzeczą jest wytworzenie się chinoodpornej odmiany plazmodji zimniczej podczas leczenia chinowego; zdarza się ono zazwyczaj właśnie u chorych, leczonych dużemi dawkami chininy bez żadnych przestanków przez dłuższy przeciąg czasu. Tutaj następuje przyzwyczajenie się pasorzytów do chininy, która, wciąż podawana, nie jest już w stanie zapobiedz nawrotom; ustać one jednak mogą wbrew wszelkiemu oczekiwaniu nawet po przejściu na mniejsze dawki chininy, jeżeli zacząć stosować ją z przestankami paro- lub kilkodniowemi. W tych warunkach pozorna chinoodporność plazmodji znika i chinina na nowo odzyskuje swe własności przeciwzimnicze.

Osobnicza nadwrażliwość ludzka na chininę oraz chinoodporność poszczególnych szczepów pasorzytów zimniczych nie są jednak wyłączną przyczyną naszych niepowodzeń na drodze doszczętnego leczenia zimnicy zapomocą tego alkaloidu. Trzecie i bardzo ważne źródło naszych pod tym względem zawodów wynika z farmakologicznych własności chininy. Wiadomo, iż działa ona niszcząco na t. zw. schizonty czyli okazy bezpłciowe plazmodji, znajdujące się w okresie podziału, lub też na powstałe z podziału młode postacie bezpłciowe bądź wolne (merozoity), bądź też takie, które zdążyły już przeniknąć i osiąść w czerwonych krążkach krwi (schizonty); działanie chininy na dojrzewające schizonty jest już znacznie słabsze, natomiast jest ono żadne lub prawie żadne na trwałe postacie płciowe, t. zw. gamety. Powyższe działanie chininy odnosi się do wszystkich postaci zimnicy, jednak najbardziej jaskrawo występuje w zimnicy złośliwej z gametami półksiężycowemi. W naszych warunkach klimatycznych, jak dotąd, spostrzegałem wyłącznie trzeciaczkę; dotyczy to oczywiście chorych, którzy zapadli na zimnicę, nie wyjeżdżając poza granice kraju. Wszystkie kilkanaście przypadków zimnicy złośliwej z półksiężycami, które w przeciągu ostatnich kilkunastu lat dostały się w moje ręce, dotyczyły osobników, przybyłych z Rosji, którzy zimnicy tej nabawili się na Kaukazie lub w Turkiestanie; ostatni tego rodzaju przypadek spostrzegałem w marcu r. b. u siebie na oddziale szpitalnym, dokąd przybyła repatrjantka z podejrzeniem o dur powrotny. Okazało się jednak, iż mieliśmy do czynienia ze złośliwą postacią zimnicy z obecnością we krwi licznych młodych postaci obrączkowych plazmodyj i równie licznych gametów półksiężycowych.

W Małopolsce Rencki i Kędzior opisywali przypadki zimnicy półksiężycowej, spostrzeganej w okolicy Krakowa; ponieważ w owym czasie śród ludu naszego był wielki ruch emigracyjny do Brazylji i z powrotem, niemam pewności, czy te przypadki zimnicy nie stoją w jakimś związku z powyższą emigracją.

Wracam jednak do omawiania działania farmakologicznego chininy w zimnicy, z którego wynika istotna przyczyna nawrotów zimniczych oraz trudność, częstokroć fizyczne niepodobieństwo całkowitego wyjałowienia ustroju z plazmodyj zapomocą tego leku. Ponieważ chinina pozostawia nietknięte gamety półksiężycowe i działa słabiej na gamety trzeciaczki i czwartaczki, jak również na dojrzalsze, nie dzielące się schizonty, ponieważ wreszcie płciowe okazy plazmodyj powstać mogą już przy pierwszym podziale schizontów, przeto

tutaj tkwi bardzo ważne źródło nawrotów zimniczych, którym nie jest w stanie zapobiedz chinina, stosowana nawet w dużych dawkach i przez bardzo długi okres czasu.

Nie tu jest miejsce do wyliczania warunków, które zimnicę utajoną zmieniają w jawną; nie będę się tu również zastanawiał nad tem, jakiemi drogami następuje przeistaczanie się plazmodyj, pozornie niewinnie saprofitujących wewnątrz ustroju, w takie, które powodują ciężkie ataki gorączkowe. Czy istotnie ma słuszność Schaudinn, który nawroty zimnicy przypisuje zdolności gametów do rozmnażania się dzieworódczego w pewnych okolicznościach i stworzenia tą drogą szeregu pokoleń schizogonicznych, czy też przyczyną nawrotów są ocalałe od chininy dojrzałe schizonty, które zbiegły do narządów wewnętrznych, zachowały tam swą żywotność i naraz znów zaczynają obficie się rozmnażać, — tych wszystkich zagadnień narazie poruszać nie będę, albowiem w odczycie dzisiejszym obchodzą nas wyłącznie kwestje lecznicze. Tak czy inaczej, w bardzo licznym odsetku chorych na zimnicę, leczonych zapomocą samej chininy, nawroty zdarzają się i zdarzać się muszą; nasza rodzima trzeciaczka pod tym względem nie stanowi żadnego wyjątku. W całym szeregu przypadków widziałem nawroty już po 2—3 tygodniach skutkiem zbyt krótkiego lub też niedostatecznego pod względem ilościowym leczenia chininą; jednak zdarzają się również nawroty u osobników, które bardzo skrupulatnie zażywały chininę przez szereg tygodni w sporych dawkach według zleceń lekarskich. Nawrotom zimnicy, leczonej samą chininą, usiłowano zapobiedz w różny sposób, zmieniając zarówno dawkowanie, jak sposób podawania tego środka; w usiłowaniach tych widać dążność z jednej strony do jaknajgruntowniejszego wyzyskania własności trujących chininy w stosunku do młodych postaci plazmodyj, z drugiej zaś strony do wzmożenia jej działania na postacie bardziej chinoodporne. Próby, o jakich mowa, prowadzone były przez bardzo licznych lekarzy, a mimoto dotąd nieposiadamy jednolitych prawideł stosowania chininy w zimnicy. Wystarcza przeczytać kilkadziesiąt odnośnych publikacyj z ostatnich paru lat, by naocznie przekonać się, jak wielki w tej dziedzinie panuje chaos i indywidualna dowolność. Prawie każdy autor stosuje chininę według własnego systemu: w publikacjach z ostatnich paru lat niema bez przesady dwu przypadków zimnicy różnych autorów, które byłyby w jednakowy sposób chininą leczone.

Nie będę w tem miejscu dotykał metod pozajelitowego doprowadzania chininy, zapomocą zastrzykiwań śródżylnych lub śródmięśniowych, albowiem pod tym względem istnieje prawie zupełna jednomyślność autorów o tyle, iż zwłaszcza śródżylnie należy chininę stosować wyłącznie w zimnicy złośliwej, w postaciach mózgowych i tylko na samym początku leczenia. W naszych warunkach nie zdarzyło mi się dotąd spotkać chorego, u którego podawanie chininy *per os* nie byłoby wystarczające i u którego nie można się było obejść bez pozajelitowego podawania chininy.

Według dawniejszych przepisów autorów włoskich (Celli, Grassi) oraz Kocha leczenie chininą należy zaczynać od dużych dawek (0.6—1.0 pro dosi chlorku chininy), podawanych zazwyczaj jedno- lub dwurazowo na 4—5 godzin i na godzinę przed wybuchem napadu. W Niemczech obecnie bardzo są rozpowszechnione opinja i sposób leczenia Nochta (Chininkur nach Nocht), który, wychodząc z założenia, iż godzina napadu nie zawsze ściśle ustalić się daje, oraz powołując się na kumulacyjne działanie chininy, podawanej w krótkich, bo dwugodzinnych odstępach czasu, wprowadził podawanie chininy niezależnie od godziny napadu in dosi refracta pó 0.2 co 2 godziny, pięć razy na dobę od 6 rano do 2 po poł. Autor powyższy jest przytem zdania, iż gramowa dawka dobowa chininy jest w zimnicy zazwyczaj całkiem dostateczna i że zwiększanie tej dawki bynajmniej nie prowadzi do lepszego efektu leczniczego. Leczenie chinowe według Nochta ma trwać 8 tygodni, a pragnąc przy dłuższem stosowaniu chininy zapobiedz powstaniu chinoodpornych generacji plazmodji, autor ten wprowadził przestanki, dnie wolne od chininy; bez przerwy Nocht podaje ją po spadku gorączki jeszcze przez 5 dni, po których następuje pierwsza czterodniowa pauza, następnie po każdych trzech dniach chinowych następuje czterodniowy przestanek. Jakkolwiek sam Nocht w monografji swej i licznych artykułach wielokrotnie podkreśla, iż większe dawki chininy uważa za bezcelowe, a nieraz nawet za wielce szkodliwe, to jednak na str. 30 i 31 swej monografji zaznacza, iż nieraz na początku leczenia, zwłaszcza w przypadkach zimnicy złośliwej, wypada zwykłą dawkę chininy powiększyć dwu lub trzy krotnie na przeciąg 2—3 dni, w innych znów przypadkach lepiej jest skrócić przestanki, wolne od chininy.

Jakkolwiek Nocht cieszy się wielkim autorytetem w Niemczech, jako znawca zimnicy, i jego metoda lecznicza znalazła tam duże rozpowszechnienie, to jednak nie wszyscy stosują ją dosłownie. Tak np. Borchardt w Nr. 9. Deutsche m. Woch. z r. 1919 pisze: »Podstawą radykalnego wyleczenia zimnicy jest dawka dzienna chininy nie mniejsza od 1.5 g; trwanie leczenia nie krótsze od 8-miu tygodni, przerwy w podawaniu chininy nie mogą być zbyt długie«. Phear podaje chininę w następujący sposób: przez pierwsze trzy dni po 2.7 siarczanu chininy, do końca 2 lub 3-go tygodnia po 1.8 dziennie, następnie przez dłuższy czas w dwu ostatnich dniach każdego tygodnia po 1.8 (tzw. week end chinine). Brulé w przypadku zimnicy półksiężycowej z kliniki Widala podaje chininę w przeciągu dwu miesięcy po 2.0 g dziennie przez pierwsze trzy dni w tygodniu, po których następują 4 dni przerwy, Oettinger w podobnym przypadku stosuje również dwugramową dzienną dawkę chininy przez dwa dni z rzędu, po czem następują dwa dni przerwy. Abrami zaczyna leczenie zimnicy od 3 g chininy dziennie, 2 razy po 1.5 w zastrzyku podskórnym; Lavezan stosował mniejsze dawki, do 1.0 g dziennie, a Vincent otrzymuje znakomite wyniki od 1.0—1.5 g chininy pro die.

Nie będę się tu zastanawiał nad sposobem podawania chininy w rozrzuconych pojedyńczych spostrzeżeniach zimnicy, napotkanych w naszem piśmiennictwie, albowiem w nich ta kwestja nie była specjalnie rozważana. Zwrócę natomiast uwagę na monografję Korzona oraz ogłoszony w tym roku artykuł Wretowskiego. Korzon radzi dawać możliwie duże dawki po 1.0 lub kilka mniejszych przez dłuższy przeciąg czasu, nawet parę miesięcy, przyczem po każdym 1—2 tygodniowym okresie chinowym ma następować mniej więcej takiż przestanek bezchinowy. Wretowski naogół stosuje zmodyfikowaną metodę Nochta, podając chininę in dosi refracta po 0,3 sześć do siedmiu razy dziennie, a później 4 razy dziennie. Przytoczone dane potwierdzają to, cośmy już powyżej powiedzieli, a mianowicie, że co do stosowania chininy niema ustalonych prawideł ani co do dawki dziennej, ani co do czasu podawania, ani co do trwania kuracji, ani wreszcie co do przestanków bezchinowych.

Niemożność pewnego i rychłego wyjałowienia ustroju z pasorzytów zimniczych zniewoliła do oglądania się za innemi środkami, które mogłyby chininę zastąpić, jej działanie wzmocnić, względnie uzupełnić. Odrazu z góry pozwolę sobie podać wyniki poszukiwań powyższych, które ostatecznie doprowadziły do wniosku, iż w zwalczaniu zimnicy żaden środek nie tylko nie jest doskonalszy od chininy, lecz nawet nie jest do niej w przybliżeniu podobny. Arszenik dawno był znany jako środek, nader pomocny w leczeniu zimnicy; ponieważ tej ostatniej często towarzyszy mniejszy lub większy stopień niedokrwistości, mniemano, iż arszenik, działając pobudzająco na szpik kostny, tem samem zmniejsza ujemny wpływ pasorzytów zimniczych na krew i cały ustrój. Od czasu pierwszych publikacji Ehrlicha o krętkobójczych własnościach aminoarsenobenzolu (salwarsan) i po zastąpieniu tego ostatniego przez neosalwarsan nie brakło prób zastosowania obu tych środków w zimnicy (Iwersen, Tuszinskij, Nocht i Werner, Brulé, Oettinger, Nocht i Mayer, Schilling, Plehn itd.), bowiem wolno było mniemać, iż, jeżeli oba te przetwory arszenikowe niszczą krętki, to nie mogą one zostać bez wpływu na plazmodje, które, zarówno, jak krętki, należą do grupy pierwotniaków. Pierwszą wzmiankę o leczeniu zimnicy salwarsanem w naszem piśmiennictwie znajdujemy w opisie przypadku zimnicy półksiężycowej, podanym przez Rząśnickiego z oddziału Skło-

dowskiego; w przypadku powyższym chory otrzymał jednorazowo 0.2 salwarsanu śródżylnie bez wielkiego efektu leczniczego. Już pierwsze próby z salwarsanem i neosalwarsanem dowiodły, iż środki te nie zastąpią i nie wyrugują z lecznictwa chininy. Neo- i salwarsan działają najlepiej na trzeciaczkę, szybko usuwając ze krwi, podobnie jak chinina, nieraz w przeciągu kilkunastu godzin, młode formy obrączkowe; pomimo jednak pozornego wyjałowienia krwi obwodowej w bardzo dużym odsetku chorych na trzeciaczkę, leczonych wyłącznie neo- lub salwarsanem, następują nawroty w parę lub kilka tygodni po kuracji, nieraz zdarza się to już w parę dni po ostatnim zastrzyknięciu. Działanie przetworów Ehrlichowskich w czwartaczce i w zimnicy półksiężycowej jest w porównaniu z trzeciaczką o wiele słabsze, a nieraz żadne, albowiem gamety półksiężycowe ze krwi zupełnie nie znikają. Z uwagi na powyższe w ostatnich latach większość autorów leczy zimnicę zapomocą chininy i neo- lub salwarsanu; ustalonych prawideł pod tym względem niema, albowiem każdy autor leczy własnym systemem; O e t t i n g e r daje przez dwa dni z rzędu chininę (po 2.0 pro die), trzeciego dnia wprowadza 0.3 Neo- dożylnie, 4 dnia przerwa; B r u l é w przytoczonym powyżej przypadku w przeciągu dwumiesięcznego leczenia chinowego zrobił tylko trzy zastrzyki Neo- 0.2 — 0.3 i 0.6 g. Niemieccy autorowie wprowadzają Neo- i salwarsan w większych dawkach (0.45 — 0.6), ale każdy w innych odstępach czasu i rozmaicie kombinując z chininą (W e r n e r, B r u n s, B o r c h a r d t, P l e h n, itd.). Z preparatów arszenikowych we Francji używany jest jeszcze kakodylan sodu, stosowany jednocześnie lub na przemian z chininą (C h a u f f a r d, R a v a u t). W r e t o w s k i od trzeciego tygodnia leczenia przeciwzimniczego zaleca kwas arsenowy w pigułkach, 3 razy dziennie po 0,006. Dok. nast.

Dr. MUSIAŁ Albin, asystent kliniki. Lwów.

Przemijająca ślepota po zatruciu chininą.

(Wedle wykładu z dnia 13. I. 1922 r. na posiedzeniu Lw. T-wa lekarskiego). Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyr.: Prof. Dr. Emanuel M a c h e k.

Dnia 28. XII. 1921 r. przeniesiono do kliniki okulist. z oddziału wewn. prym. Z i e m b i c k i e g o chorą I. P. lat 25, z zawodu urzędniczkę.

W y w i a d y: Dnia 26. XII. wieczorem zażyła chora 20 g. naraz chininy, wsypując ją do szklanki, jako abortivum (ciąża 5-ego miesiąca). Po 10—15 minutach uczuła drętwienie, wreszcie silne drgawki w całem ciele, i to tak silne, jak otoczenie opowiada, że musiano ją trzymać na łóżku, ażeby nie spadła. Wreszcie wystąpił gwałtowny szum w uszach i głowie. Po kilku godzinach wystąpiły wymioty, utrata słuchu, a wreszcie zupełna ślepota, do poronienia jednak nie przyszło. Taki stan utrzymywał się do rana. Wezwany lekarz polecił chorą odwieźć do szpitala. Chora badana zaraz rano, przytomna jednak apatyczna, słuch już prawie prawidłowy. Badanie oczne: Gałki oczne na zewnątrz nie wykazują żadnych zmian. Źrenice maksymalnie rozszerzone, na światło nie oddziałują, zwężając się przy zbieżności. Wziernikiem dno oczu nieco bledsze, żyły raczej grubsze, aniżeli zwężone, tarcze nerwu wzrokowego prawidłowe. Okolice plamki żółtej szaro białe, nieco obrzękłe; sama plamka żółta owalna, ciemno czerwona, jak przy zaczopowaniu arteria centralis retinae. Visus pr. i lew. oka: brak poczucia światła. Ślepota utrzymywała się przez dwa dni, do wieczora dnia 28. XII.

Bystrość wzroku powróciła o godzinie 7 wieczorem i to widzenie tylko naośne. V. pr. i V. l. $\frac{6}{8}$ Sn 0.5. Wskutek widzenia tylko naośnego chora robiła wrażenie ciemnej, nie mogąc się zupełnie orjentować, tak, że musiano ją prowadzić. Badanie dna oczu wykazuje siatkówki szaro biało, naczynia żylne i tętnicze znacznie węższe, a naczynia tętnicze nie zakreślają tak dalekich łuków jak prawidłowo.

Dnia 29. XII. $\frac{\text{Vp. } 6}{\text{Vl. } 6}$ Sn. 0.5. Rozpoznaje zupełnie dobrze barwy, powoli nastawiając znaczek przed oczami; widzenie ciągle tylko naośne Pole widzenia można było wykonać dnia 30. XII. i to sposobem Bjeruma z odległości 2 m. Pole widzenia ścieśnione równomiernie ze wszystkich stron do 10° l. I. 22. Siatkówki w całości, okolica plamki żółtej, w szczególności mniej blade naczynia, tak tętnicze jak i żylne węższe. 3. I. naczynia siatkówki zupełnie wąskie.

5. I. Tarcze nerwu wzrokowego bledsze, naczynia nitkowate, miejscami jako białe nitkowate smugi. Wobec nadzwyczajnej wąskości naczyń wykonał prof. Machek dnia 14. I. próbne nakłucie rogówkowe dla lepszego unaczynienia na oku lewem. Po nakłuciu jednak naczynia się nie rozszerzyły. Chora pozostawała w obserwacji klinicznej do 4. III. 1922 r. Z dniem opuszczenia kliniki stan następujący: Źrenice szerokie nie oddziaływują, tarcze nerwu wzrokowego o granicach ostrych zupełnie blade, naczynia nitkowate miejscami giną w polu widzenia, pozatem bez zmian. V. $\frac{6}{6}$ Sn. 0.5. Pole widzenia dośrodkowo ścieśnione w granicach mniej więcej 20° z wąską wypustką ku stronie skroniowej.

Wyżej przedstawiony obraz chorobowy jest charakterystyczny dla zmian wywołanych zatruciem chininą. Mniejszy lub większy stopień natężenia objawów chorobowych zależy nietylko od wysokości dawki, indywidualnej wrażliwości, ale także od samej chininy (chin. muriat. czy sulf. rozpuszczalność pierwszej 1:34 drugiej 1:800). Do objawów zatrucia chininą należą: szum w uszach, zawrót głowy, utrata przytomności, zapad, drgawki, osłabienie mięśniowe, w cięższych przypadkach wymioty, biegunka, halucynacje wzrokowe, zaburzenia słuchowe, smaku, powonienia, a nawet zupełna ślepota. Najbardziej niepokojącym objawem jest wystąpienie ślepoty. Objawy te występują zwykle nagle; jeżeli nie przyszło do wystąpienia ślepoty, to pole widzenia jest zawsze dośrodkowo zwężone aż do naośnego widzenia i to na wszystkie barwy. U zdrowych zwężenie pola widzenia można zauważyć już po 1 gr. chininy. Rzadko spotykamy się z ubytkami w polu widzenia, centralnemi lub na obwodzie. Źrenice zwykle maksymalnie rozszerzone nie oddziałują na światło, zwężając się przy zbieżności. Najcharakterystyczniejszy, to obraz wziernikowy dna oczu. Niedokrwienie siatkówki, naczynia tak tętnicze jak i żylne wązkie, często gubią się w polu widzenia lub widoczne jako nitkowate pasemka włókniste. Obraz taki spotykamy już przy pierwszem badaniu, rzadziej występuje później. Obraz wziernikowy przypomina do pewnego stopnia obraz jaki spotykamy przy zaczopowaniu tętnicy głównej siatkówki (siatkówka blada, plamka żółta ciemno czerwona). Jednak brak przyczyny dla zaczopowania, raczej możnaby myśleć o trombozie skutkiem zaburzeń w krążeniu (zwolnienie akcji serca). Objawy zatrucia, jak szybko występują tak też i szybko ustępują, lecz nie zawsze. Wyrównanie postępuje powoli. Rokowanie nie jest zupełnie pomyślne, często pozostaje zwężenie pola widzenia na długie miesiące, a nawet może się utrzymać na całe życie. Pozostanie ślepoty należy do rzadkości Wyleczenie zupełne występuje w tych przypadkach, gdzie ślepota wystąpiła nagle, krótko trwała, a obraz wziernikowy ujemny. Mimo ciężkich zmian pomyślny przebieg jest możliwy. Zmiany na dnie oka mogą ustąpić z wyjątkiem zaniku nerwu wzrokowego. Najdłużej utrzymują się zaburzenia w rozpoznawaniu barw i rozszerzenie źrenic. W rokowaniu miarodajne nie są ani wysokość dawki ani obraz wziernikowy, natomiast wielkie znaczenie ma wrażliwość osobnicza. Najmniejsza dawka, po której spostrzegano ślepotę, wynosiła 0.72 g. u młodej dziewczynki, aczkolwiek dzieci nie są więcej wrażliwe od dorosłych. Spostrzeganie dotyczy przeważnie chorych leczonych chininą na zimnicę, zakażenie połogowe, dur i zapalenie płuc. Mogłyby więc nasuwać się wątpliwości, czy zmiany te były wynikiem działania samej chininy, czy choroby podstawowej, jednak doświadczenia na zdrowych potwierdzają w zupełności występowanie zmian charakterystycznych dla działania tylko chininy. Dawki od 0.3 — 0.6, prócz nieznacznego obniżenia ciepłoty, żadnych innych zmian nie powodują. Dawki od 1.2 wywołują już groźne objawy jednak nie u wszystkich. (Chinina działa w stosunku odwrotnym do ciężaru ciała i wielkości) i to zmiany od najlżejszych aż do zupełnej ślepoty. Co do sposobu występowania ślepoty, to tłumaczono je działaniem chininy na centrum naczynioruchowe z następnemi zmianami w naczyniach (*Endovasculitis ex ischaemia*). Zmiany spotykane przy zimnicy są zupełnie inne, nigdzie nie spotykamy obrazu typowego dla zatrucia chininą. Doświadczenia robiono już w 1847 r. z psami. Pod wpływem większych dawek otrzymywano, prócz zaburzeń ogólnych, dyspnoe, taki obraz, jaki spotykamy u ludzi. Badania te jednak nic więcej nie wyjaśniły. Dopiero wprowadzenie badań wziernikowych i wykrycie zmian na dnie

oka (niedokrwienie, zwężenie naczyń) sprawę posunęło naprzód. Odtąd główną przyczynę występowania ślepoty po chininie upatrywano w zmianach naczyń krwionośnych siatkówki i nerwu wzrokowego. Zmianami tylko naczyniowemi jednak nie można w zupełności wytłómaczyć powstawania ślepoty.

Przeciw temu przemawia:

1) Istnienie ślepoty przy prawidłowym obrazie dna oka.

2) Mogą istnieć zmiany na dnie oka, jak obrzęk siatkówki, zanik nerwu wzrokowego, a brak zwężenia naczyń krwionośnych siatkówki.

3) Mimo zwężenia naczyń siatkówki ślepota bywa przemijająca. Zarzuty te w zupełności są wystarczające, aby obalić teorję naczyniową. Zresztą nie znamy ani jednego środka, któryby, powodując zwężenie naczyń, wywoływał równocześnie ślepotę. Nawet taki środek, jak sporysz (*secale cornutum*) nie jest wstanie spowodować skurczu naczyń, któryby długi czas mógł się utrzymywać. Pozostaje więc do wytłumaczenia: W jaki sposób przychodzi do zwężenia naczyń krwionośnych i dlaczego ten skurcz naczyniowy tak długo się utrzymuje i wreszcie gdzie należy szukać przyczyny ślepoty po zatruciu chininą?

Chinina, jak wiemy, jest specjalną trucizną dla protoplazmy żywej, zwłaszcza dla mięśni gładkich i prążkowanych. Tem to działaniem tłómaczymy sposób powstawania zwężenia naczyń krwionośnych. Podobnie, jak mięśnie prążkowane pod wpływem rozczynu chininy w początkach ulegają podrażnieniu, są w stanie wykonać daleko większą pracę, aż wreszcie ulegają porażeniu lub obumarciu, a co zależy znów od stężenia lub długości czasu działania, to samo dzieje się z naczyniami krwionośnemi. Początkowo ulegają podrażnieniu, kurczą się, wreszcie, stykając się dłuższy czas z chininą krążącą w naczyniach, powinny ulec porażeniu, a więc rozszerzeniu, jednak do tego nie dochodzi, gdyż, zdaje się, mamy tutaj do czynienia z tem, co pojawia się przy działaniu n. p. koffeiny na mięśnie, co możnaby porównać ze stężeniem pośmiertnem, dlatego też w tych przypadkach amylnitryt nie powoduje rozszerzenia naczyń. Lecz, mimo znacznego zwężenia naczyń krwionośnych, krew dopływa w ilości wystarczającej dla odżywienia siatkówki. Samem zwężeniem naczyń nie jesteśmy w stanie wytłómaczyć powstawania ślepoty. Najważniejsze i, zdaje się, pierwotne zmiany występują w samej siatkówce i nerwie wzrokowym. Przemawiają za tem, a raczej potwierdzają je, doświadczenia, przeprowadzane na zwierzętach. Badania pośmiertne u zwierząt po zatruciu chininą wykazują znaczne zmiany w nabłonku barwikowym, zaniki włókien nerwowych siatkówki, prowadzące następnie do wstępującego zaniku nerwu wzrokowego, dającego się wykazać aż do *tractus opticus*. Następnie zwyrodnienie w. czopkach i pręcikach. To w zupełności tłómaczy nam nagłe wystąpienie ślepoty u ludzi pod wpływem większych dawek chininy, jest wynikiem porażenia aparatu nerwowego, siatkówki a może i ośrodka widzenia.

Plamka żółta i jej okolice najmniej cierpią z powodu braku naczyń, dlatego też i najpierw wraca do stanu prawidłowego naośne widzenie i dopiero po kilku dniach spotykamy się ze zbladnięciem tarczy nerwu wzrokowego. Do wyrównania przychodzi powoli, gdyż odnowa w elementach nerwowych odbywa się powoli. Co do przypadku naszego podnieść muszę: Długie trwanie ślepoty (dwa dni), początkowy brak zmian wziernikowych, charakterystyczny tylko dla chininy, wreszcie wystąpienie poczucia barw wraz z naośnem widzeniem.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o samej chininie, jako środku poronnym. Wiemy, że chininy używa się w położnictwie w końcowych okresach porodu dla wzmożenia skurczów macicy dla przyśpieszenia porodu lub usunięcia popłodu. Robotnice zajęte w fabrykach chininy, wdychając pył chininy, wykazują obfitsze krwawienia, jak i również częste poronienia. Wedle jednych chinina może sprowadzić przedwczesny poród u osób wrażliwych, wedle innych chinina nie może sprowadzić przedwczesnego porodu, ci opierają się właśnie na tych przypadkach, w których dla wywołania poronienia uciekano się do bardzo wysokich dawek, a po których nie nastąpiło poronienie.

Panu prof. Machekowi jak i prym. Ziembickiemu za odstąpienie tak zajmującego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

Z praktyki.

Dr. Henryk HILAROWICZ, star. asystent kliniki. Lwów.

Uwagi praktyczne w sprawie techniki niektórych ważniejszych sposobów znieczulania miejscowego.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. (Dyr.. Prof. Dr. Hilary Schramm).

Technika znieczulania miejscowego przewodowego, choćby jak najlepiej opisana i objaśniona rysunkami, niejednokrotnie pozornie tylko wydaje się łatwą i prostą, a w praktyce przedstawia nieraz niespodziewane trudności, których pokonywanie wymaga szczególnej wprawy, nabytej przez częste ćwiczenie.

I tak n. p. do pewnych otworów, lub orjentacyjnych powierzchni kostnych, które przy oglądaniu kośćca wydają się bardzo dobrze dostępne, nie łatwo czasem dostać się końcem cieńkiej igły u człowieka żywego, gdzie pokryte one są rozmaicie grubą warstwą części miękkich o różnej zbitości, mięśniami, powięziami, przyczepami ścięgnistemi i t. p.; pnie nerwowe, leżąc wśród części miękkich nieraz usuwają się przed igłą, a manewrowanie nią w głębi spotyka opór ze strony przebitych tkanek.

Opierając się na bogatym materjale znieczuleń miejscowych w klinice chirurgicznej Lwowskiej, pragnę zwrócić uwagę na niektóre szczegóły techniki, ułatwiające ich wykonanie, względnie na pewne modyfikacje znanych sposobów.

Z pośród znieczuleń przewodowych w obszarze nerwu trójdzielnego, często stosuje się znieczulenie nerwu podoczodołowego u ujścia z otworu tej samej nazwy, nadające się bardzo dobrze do operacji wargi zajęczej, plastyk wargi górnej, skrzydełek nosa, powieki dolnej, zabiegów na przedniej części szczęki górnej. Trafienie w otwór podoczodołowy, pozornie bardzo łatwe, zwykle nie udaje się, o ile nie przestrzegać ściśle pewnych przepisów.

Sposób opisany w podręcznikach Härtla (str. 108) lub Brauna (str. 260) nie uwzględnia skośności kierunku wejścia do kanału podoczodołowego oraz grubości części miękkich. Najdokładniejszą technikę, polegającą na anatomicznych i statystycznych danych, a pozwalającą na precyzyjne oznaczenie położenia otworu podał Cieszyński [1]). Oparte na podobnej zasadzie, a prostsze jest następujące postępowanie: Ponieważ początek kanału podoczodołowego biegnie skośnie od dołu ku górze (przy prosto trzymanej głowie) i od wewnątrz na zewnątrz — punkt ukłucia skóry musimy wybrać nie w miejscu odpowiadającem otworowi, lecz zależnie od grubości części miękkich, poniżej i na wewnątrz od niego, by móc igle nadać odpowiedni skośny kierunek. Około 7 mm na zewnątrz od górnego końca bruzdy między skrzydełkiem nosowem a policzkiem wkłuwa się cienką igiełkę, kierując ją ku górze i na zewnątrz aż do kości, tak, by ostrze igły znajdowało się około 10 mm poniżej łuku podoczodołowego, w linji przechodzącej pionowo przez źrenicę prosto patrzącego oka; po wstrzyknięciu kilku kropel roztworu maca się ostrożnie po kości końcem igły, zmieniając zlekka jej nachylenie względem poziomu, przyczem bez trudności udaje się wniknąć głęboko w otwór podoczodołowy, podczas czego należy wstrzykiwać 1—2 ccm 2% RNA *).

Przy większych zabiegach na szczęce górnej nieodzowne jest znieczulenie całej drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego w jamie skrzydlato-podniebiennej. Stosując drogę zewnętrzną, wkłuwa Härtel igłę tuż poniżej guzka wyczuwalnego na policzku, a stanowiącego dolny koniec szwu jarzmowo-szczękowego, Matas zaś oznacza punkt wkłucia w miejscu prze-

---

*) RNA = roztwór nowokainy z adrenaliną; jako płynu, w którym roztwarza się odpowiedni % nowokainy, używa się na klinice chir. lwowskiej rozczynu 0.4% siarczanu potasu i 0.7% soli kuchennej w wodzie przekroplonej.

cięcia się linji pionowej, przechodzącej przez boczny brzeg oczodołu z dolnym brzegiem łuku jarzmowego. Orjentacja w głębi nieraz jednak jest trudna; igłę, leżącą stycznie względem wypukłości guza szczękowego z powodu oporu części miękkich, niełatwo jest czasem zwrócić do jamy skrzydlato-podniebiennej ostrzem, które zaczepia się o przyczep mięśnia skrzydlatego zewnętrznego na bocznej powierzchni wyrostka skrzydlatego. Uniknie się tych trudności, obierając punkt wkłucia nieco niżej, t. j. palec poniżej łuku jarzmowego i więcej ku tyłowi, na przednim brzegu mięśnia żwacza; igłę wprowadza się w płaszczyźnie czołowej, pod kątem 45° do poziomu ku górze, a po przesunięciu się obok guza szczękowego wchodzimy bez trudności do jamy skrzydlato-podniebiennej w głębokości 5 - 6 cm.

O ile dostęp do jamy skrzydlato-podniebiennej od zewnątrz jest utrudniony, pozostaje droga oczodołowa oraz podniebienna [2]). Punkt wkłucia oczodołowego »nieco nazewnątrz od szwu szczękowo-jarzmowego« (Härtel Lokalanaesthesie, str. 115 i ryc. 23) leży nieco zanadto ku środkowi; łatwiej orjentować się, wkłuwając igłę dokładnie w kącie zewnętrzno-dolnym oczodołu i wiodąc ją poziomo (przy prosto trzymanej głowie) i skośnie ku wnętrzu t. j. w płaszczyźnie przechodzącej przez kąt oczodołu górny wewnętrzny i dolny zewnętrzny; w głębokości około 2 cm napotyka się na tarcie kostne przy posuwaniu się naprzód wzdłuż szczeliny oczodołowej dolnej, a w głębokości 4·5 cm na opór podstawy wyrostka skrzydlatego, tuż w pobliżu otworu okrągłego.

Przy znieczulaniu ramion trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego u języczka (lingula) najlepiej posługiwać się techniką Sichera. Uwzględnia on jako miejsce orjentacyjne znajdujące się powyżej i na zewnątrz od ostatniego zęba trzonowego dolnego, płytkie zagłębienie (*fovea retromolaris*) leżące między wyczuwalnem dobrze przedłużeniem przedniej krawędzi wyrostka skroniowego ku dołowi i ku zewnątrz (*linea obliqua*) a tępą listewką, biegnącą na wewnętrznej powierzchni ramienia wstępującego żuchwy ku ostatniemu zębowi trzonowemu, oznaczoną w podręczniku Fischera (*Örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde*) jako *crista temporalis;* u Härtla znajdujemy określenie obydwóch listewek jako *linea obliqua externa* i *interna* (ta ostatnia u Brauna bez nazwy), ograniczające małe trójkątne pole (*trigonum retromolare*) leżące za ostatnim zębem trzonowym, poniżej i na wewnątrz od wyżej wymienionego zagłębienia. Gdy palec wskazujący spoczywa na rzędzie dolnych zębów bokiem, tak, by paznokciem zwrócony był ku jamie ustnej, a opuszką leżał w wspomnianem zagłębieniu, wówczas punkt wkłucia igły znajduje się w połowie brzegu paznokcia; po stronie lewej używamy wskaziciela prawego, trzymając zrazu igłę ręką lewą. Kierunek igły, przy posuwaniu jej po kości wgłąb na $1\frac{1}{2}$ cm, ma przecinać kieł strony zdrowej.

Podczas większych zabiegów operacyjnych na szczęce dolnej lub języku (resekcja żuchwy, wycięcie języka) bardzo dobre usługi oddało na klinice chirurgicznej lwowskiej znieczulenie trzeciej gałęzi n. trójdzielnego pozaustne, (Schlösser, Gadd), w poniżej opisanej modyfikacji; w podręcznikach sposób ten bądź wcale nie bywa uwzględniony, bądź tylko bardzo pobieżnie (Braun, *Oertliche Betäubung*, str. 270). — Stosując sposób ten, unikamy przenikania igłą przez błonę śluzową nieraz bardzo zakażonej jamy ustnej, nie mówiąc o trudnościach, spowodowanych czasem przez guzy żuchwy, języka etc.; a dalej, przy odpowiedniej technice, można osiągnąć działanie o wiele rozleglejsze, niż przy wstrzykiwaniu koło języczka, t. j. nie tylko na nerw zębodołowy dolny i językowy ale i na inne części 3·ej gałęzi n. trójdzielnego, zaopatrujące żwacz, mięśnie skrzydlate, policzek, mięśnie dna jamy ustnej. Takie znieczulenie jest, wobec występującego zwiotczenia wymienionych mięśni, bardzo korzystne przy wypiłowywaniu tylnej, zwłaszcza, części żuchwy, wycinaniu języka z czasowem tejże przepiłowaniem i t. d.

U chorego, leżącego z głową silnie odchyloną w tył i nieco na bok ku stronie zdrowej, wyczuwa się palcem małą nierówność kostną na wewnętrznej powierzchni ramienia poziomego żuchwy tuż przed jej kątem, odpowiadającą przyczepowi mięśnia skrzydlatego wewnętrznego; w miejscu tem wbijamy cienką, 10 cm długą igłę, starając się nachylić ją ostrzem ku wewnętrznej powierzchni ramienia wstępującego żuchwy i posuwamy się w głąb w kierunku osi tegoż, ściśle trzymając się kości. Po przebiciu przyczepu mięśnia skrzydlatego wstrzykujemy w głębokości około 2 cm 2 ccm 2% RNA, celem znieczulenia biegnącego tam nerwu szczękowo-gnykowego (*n. mylohyoideus*); wszedłszy 3·5 – 4 cm w głąb wyczuwa się wejście do kanału żuchwowego jako nierówność powierzchni, po której posuwa się koniec igły i otrzymujemy parestezje, przyczem wstrzykuje się dalsze 5 ccm 2% RNA, zlekka poruszając igłą. Następnie zagłębia się dalej igłę w tym samym kierunku, odchylając jednak ostrze nieco od kości, na 7—8 cm i napaja się po drodze przestrzeń, leżącą między mięśniem skrzydlatym wewn. i ramieniem wstępującem żuchwy jeszcze 5 ma ccm 2% RNA, celem zniesienia czynności wyżej odchodzących gałązek. Skaleczenie tętnicy szyjnej zewnętrznej przy użyciu tej techniki nie zdarzyło nam się na klinice. Oczywiście dla większych zabiegów znieczulenie winno być obustronne, z dodatkiem obstrzykania podskórnego i głębokiego od strony szyji, zależnie od rodzaju zabiegu.

Stosowane przy większych zabiegach na szyji, jak również przy operacjach wola, guzów i t. d. przykręgowe (*paravertebralne*) znieczulenie splotu szyjnego w miejscu, w którem opuszcza on kręgosłup, zostało w ostatnich czasach uznane za niebezpieczne ze względu na sąsiedztwo, zwłaszcza n. błędnego i przez niektórych zarzucone. Bardzo dobre usługi oddał na klinice lwowskiej, stosowany zamiast znieczulenia przykręgowego sposób podany przez Kulenkampfa [3]) do operacji wola. Polega on na obustronnem napojeniu $\frac{1}{3}$ środkowej części tylnego brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego przy zużyciu do 30 ccm $\frac{1}{2}$% RNA wstrzykniętych pod powięź, przez co znieczula się wychodzące tamże z głębi i zaginające się na brzegu mięśnia gałązki splotu szyjnego, do tego dodaje się znieczulenie włókien sympatycznych towarzyszących tętnicom tarczykowym górnym, wstrzykując w okolicę obydwóch górnych biegunów wola po 10 ccm $\frac{1}{2}$% RNA. O ile się da, najlepiej jest ująć płat wola w rękę lewą, tak, aby górny biegun znajdował się między wskazicielem a kciukiem, poczem wbiwszy między palcami igłę, napoić trzymaną szypułę, wnikając prostopadle wgłąb ku kręgosłupowi pomiędzy krtanią a naczyniami szyjnemi. Sposobem tym osiąga się bez jakichkolwiek dodatkowych napajań skóry lub części głębszych zupełną bezbolesność przy operacjach wola.

Znieczulenie całej kończyny górnej przez napojenie splotu ramieniowego ponad obojczykiem sposobem Kulenkampfa, jakkolwiek łatwe z opisu, w praktyce przedstawia trudności i wymaga wprawy; parestezji czasem nie udaje się wywołać, mimo ścisłego trzymania się przepisów i cierpliwego szukania końcem igły. Dla ułatwienia zadania posługuję się następującym zabiegiem pomocniczym. U większości osób, zwłaszcza u chudych, można wymacać palcem splot ramieniowy, ponad obojczykiem, nieco ku górze i nazewnątrz od tętnicy podobojczykowej, jako przesuwalny pod palcem na boki wałeczek, przyczem doznaje się charakterystycznego wrażenia, podobnego, jak przy wyczuwaniu nerwu łokciowego w jego rowku; ucisk na splot wywołuje ból miejscowy i drętwienie wzdłuż wewnętrznej powierzchni ramienia, co łatwo stwierdzić na sobie samym. Wyczuwszy splot u chorego siedzącego z rękami silnie w tył założonemi, ustalamy go między palcem wskazującym ręki lewej a pierwszem żebrem, zlekka go do tegoż przyciskając, poczem wbijamy igłę tuż obok opuszki palca, idąc skośnie w głąb pod palec, przyczem z reguły udaje się trafić w ustalony tamże splot i wywołać żywe parestezje; nie poruszając palca, wykonując końcem igły nieznaczne ruchy, wstrzykujemy 20 ccm 2% RNA.

Zwykłym sposobem znieczulania przy zabiegach w jamie brzusznej, dotyczących żołądka, dróg żółciowych, górnej części okrężnicy i początku jelit cienkich, jest na klinice chirurgicznej lwowskiej znieczulenie nerwów trzewiowych w połączeniu ze znieczuleniem powłok brzusznych, dające przy dobrej technice pewne i doskonałe rezultaty. Nerwy trzewiowe można znieczulić albo pod przeponą, dochodząc do nich

od tyłu, poniżej 12-go żebra, na przednio-boczną powierzchnię trzonu I-go kręgu lędźwiowego (sposób Kappisa, 1918), albo też nad przeponą, przenikając ostatni przestwór międzyżebrowy i dostając się igłą na przednio boczną powierzchnię trzonu XII. kręgu piersiowego (sposób Roussiela, 1921). Obydwa sposoby nie należą do łatwych, sposób jednak Roussiela jest pewniejszy i nie wymaga tak dużej wprawy. Przy metodzie Kappisa przenika igła przez grubą warstwę mięśni lędźwiowych poniżej 12-go żebra, a doszedłszy do kręgu, tkwi w dwóch odległych od siebie blaszkach powięzi lędźwiowej, powierzchownej i głębokiej; z tego powodu nie łatwo jest macać po powierzchni kostnej, jak każe przepis, i zapomocą samej tylko zmiany nachylenia igły względem płaszczyzny środkowej dostać się końcem ku przodowi na zaokrąglenie trzonu kręgowego; musimy raczej igłę prawie zupełnie wyciągnąć, a zapamiętawszy poprzedni kierunek wbić ją ponownie pod innym kątem, co trzeba nieraz kilkakrotnie powtarzać, nim uda się, zwłaszcza gdy igła jest cienka i podatna, oddalić się, tuż od przednio-bocznej powierzchni trzonu, w tkankę zaotrzewnową. Stosując sposób Roussiela, przenika się znacznie cieńszą warstwę mięśni, przy poniżej opisanej modyfikacji tylko mięśnie międzyżebrowe, a ponieważ w ostatnim przestworze międzyżebrowym jest bardzo wyraźnie oznaczony kierunek, z łatwością można się dostać na przednio-boczną powierzchnię 12 kręgu piersiowego i pewniej manewrować igłą w głębi; skaleczenia opłucnej można uniknąć. Oryginalny przepis Roussiela[4]) każe wkłuć igłę na dolnym brzegu 11-go żebra, 3.5—4 cm od linji środkowej, od zewnątrz ku wnętrzu wgłąb, a po wyczuciu oporu wyrostka poprzecznego w głębokości 4—5 cm, posuwać się dalej jeszcze 1—2 cm po powierzchni trzonu ku przodowi i wstrzyknąć tam 20—30 ccm $^1/_2$ RNA (obustronnie). Praktyczniej jest stosować poniższą modyfikację: U chorego siedzącego, lub leżącego ze zgiętemi nogami na boku, oznacza się jodyną linję środkową, 11-te i 12-te żebro oraz wyrostek kolczasty 11-go kręgu piersiowego; w przestworze międzyżebrowym, w odległości 6—7 cm od linji środkowej wkłuwa się igłę (12 cm długą), po znieczuleniu skóry bąblem, i prowadzi wgłąb, wzdłuż przestworu, celując na oznaczony wyrostek 11-go kręgu piersiowego, a pod kątem 45° do płaszczyzny pośrodkowej. W głębokości około 8 cm napotyka się na opór bocznej powierzchni trzonu 12-go kręgu piersiowego, po której zmniejszając lekko nachylenie igły, łatwo dostać się ku przodowi aż do chwili, w której traci się kontakt z kością i ma się wrażenie, że igła tkwi w częściach miękkich; wówczas należy wstrzyknąć do 50 ccm (jak przy znieczuleniu Kappisa) $^1/_2$% RNA z każdej strony, bacząc, czy z igły nie wypływa krew. Do tego musimy dodać znieczulenie powłok przez obstrzykanie linji cięcia podłużnym rombem podskórnie, pod powięź i naotrzewnowo, do czego zużywamy do 100 ccm $^1/_2$% RNA (razem 1 gr. nowokainy). Przy dobrze udanem znieczuleniu tem, chory nieraz nawet nie wie, że operacja jest w pełnym toku, a jakiekolwiek dodatkowe użycie eteru jest niepotrzebne.

Przy zabiegach na dolnych odcinkach przewodu pokarmowego (wycięcie jelita ślepego, esicy i t. d.) stosowano na klinice chirurgicznej we Lwowie kilkakrotnie z bardzo dobrym skutkiem kombinację znieczulenia trzewiowego Roussiela z małą dawką nowokainy śródoponową (4 ccm 1% RNA=0,04 N.).

Na tem wreszcie miejscu niewiele tylko słów mogę poświęcić technice znieczulenia kombinowanego lędźwiowo-krzyżowego (»lumbo-sakralnego«) podanego w r. 1921 przez Rodzińskiego[5]), które stanowi w klinice chirurgicznej we Lwowie normalny sposób znieczulenia przy wszelkich zabiegach w obszarze przepukliny, na międzykroczu, narządach miednicy małej, kiszce stolcowej i pęcherzu, częściach rodnych, oraz kończynach dolnych. Znieczulenie to polega na podaniu małej dawki śródoponowej (0,04 nowokainy w 4 ccm 1% RNA) oraz małej dawki naoponowej (0,3—0,4, w 30—40 ccm RNA[3]), z których każda z osobna nie wystarczyłaby do należytego zniesienia bólu, czego teoretyczne uzasadnienie nie wchodzi w zakres tej pracy. Ważne jest, aby po wkłuciu obydwóch igieł, t. j. do worka oponowego i do rozworu krzyżowego, wstrzyknąć najpierw, po tymczasowem zamknięciu igły tkwiącej w oponie, nowokainę do przestrzeni naoponowej, a upuściwszy kilka ccm płynu mózgordzeniowego, dopełnić znieczulenia przez bardzo powolne (!) (w przeciągu około 2 minut) wstrzyknięcie lędźwiowe; przy zachowaniu tego przepisu unika się następowych bólów głowy, jako następstwa znieczulenia lędźwiowego. Zaletami tego sposobu są wielka pewność znieczulenia oraz nieduża stosunkowo możliwość zatrucia nowokainą, czego dowodzi statystyka kliniki chirurgicznej lwowskiej. Ostatnio używano z równie dobrym wynikiem 5cm³ $^1/_2$% RNA śród oponowo w powyższej kombinacji.

Piśmiennictwo.

1) Cieszyński: Öster.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde 1918, zesz. 1—2. — 2) Hilarowicz: P. G. Lek. Nr. 47, 1922. — 3) Kulenkampff: Zblt f. Chir. 1921. Nr. 5. — 4) Roussiel: Journal de Chirurg. 1921. Nr. 5. — 6) Rodziński: referat na zjeździe chir. pol. w Warszawie 1922.—7) Tenże i Tychowski: P. Gaz. Lek. Nr. 4-5 1923.

Fejleton.

Fr. GIEDROYĆ. Warszawa.

Kolega kat i jego apteczka.

Dokończenie.

Wobec tak dalece posuniętej i zakorzenionej wzgardy dla oprawców i katów, jakże dziwnem wydaje się uprawianie przez nich lecznictwa, zwłaszcza chirurgicznego! Dziwnem wydaje się to dla nas, nie było bynajmniej dziwne ongi.

Od czasu, kiedy lekarze — *medici* (w znaczeniu dawniejszem, t. j. lekarze wyłącznie chorób wewnętrznych), a za nimi i ogół, uznali chirurgję za niegodną siebie, kiedy kościół surowo zakazał duchownym imać się leczenia chirurgicznego, zwłaszcza z użyciem narzędzi ostrych, nie dziwota, że współcześni zatracili poniekąd poczucie różnicy pomiędzy zawodem kata a chirurga, że wydawały się im jakby pokrewne. Nie raziło ich przeto, że kaci lub misiarze biorą się do chirurgji. I oto widzimy, że w całej Europie kaci podejmują się wykonywania operacji.

Nie poprzestając na tem, biorą się do leczenia wszelkich chorób. Wdzieraniu się katów w dziedzinę medycyny wewnętrznej dopomogła szczególna okoliczność. Oto lecznictwo ludowe, a nawet naukowe czerpało niegdyś znacznie więcej środków ze świata zwierzęcego, niż obecnie, pomiędzy zwierzętami zaś znalazł się i człowiek. Niektóre środki tego rodzaju były dostępne każdemu, jak np. kał, mocz, mleko niewieście; inne mógł posiadać jedynie kat, np. bardzo zalecany w lecznictwie tłuszcz ludzki. Kaci też byli głównymi dostawcami owych środków i sami stosowali je u chorych[1]).

Chociaż zetknięcie się z katem narażało na utratę czci niemal, znaleźli się jednak pacjenci i dla niego. Z początku byli to zapewne ludzie z gminu, szukający pomocy pokryjomu. Później, kiedy niejeden kat wsławił się jako lekarz cudowny, zwracali się do niego możniejsi, ba! królowie nawet.

Powodzeniu katów sprzyjały przesądy, panujące w mało oświeconem społeczeństwie, nizki stan wiedzy lekarskiej i brak lekarzy. Pierwotnie mogło oddziaływać również przekonanie, że kaci posiadają tajemnicę cudownych leków, nabytą od czarownic, które często poddawali torturom. Tak przynajmniej utrzymuje historyk medycyny Haeser, ale powód taki nie wystarczałby do wziętości lekarskiej katów. Wiara ciemnego tłumu popychała, być może, do szukania pomocy u katów w chorobach i dolegliwościach, przez »czary« zadanych, te jednak przypadki nie wyczerpywały całego zakresu ich praktyki lekarskiej.

Powstaje tedy pytanie, gdzie i w jaki sposób nabywali kaci wiadomości lekarskich?

---

[1]) »Kostka trzygraniasta, która w czołowej kości ludzkiej znajduje się, wielką przeciw kadukowi zawiera cnotę. Także sama kość czołowa. Te kości suszyć trzeba i na proszek zetrzeć. Z mężczyzny zaś dla białogłowy, z białogłowy dla mężczyzny brać ją trzeba, której *u kata za małe dostaniesz pieniądze*«. (Samuel Beimler. »Medyk domowy«. — Tłumaczył na polskie Jan Jerzy Jelonek, Med. Dw. 1749).

Drogą dziedzictwa i praktyki zawodowej. Rzemiosło katowskie, jak już zaznaczyliśmy, przechodziło zwykle z ojca na syna. Potomek kata, pogardzony, pozbawiony pełni praw obywatelskich, odtrącony od innych rzemiosł, chcąc nie chcąc imał się fachu ojcowskiego, a rodzic, przykładając syna do rzemiosła, nie omieszkał powierzać mu zarazem tajemnic sztuki leczenia, tą samą drogą nabytych i przez własne doświadczenie wzbogaconych.

Teoretyczne wykształcenie polegało na nauce anatomji. Gdzie, kiedy i w jakich warunkach odbywała się nauka, jak również kiedy zaczęto wymagać od katów znajomości anatomji i w jakim zakresie — trudno orzec. W każdym razie, że tak było, mamy dowody niewątpliwe, np. w umowie magistratu m. Warszawy z katem Janem Chrystjanem Ditwaldem w roku 1860 [1]). Czytamy tam: »Ponieważ obowiązki kata na całe Królestwo połączone są z niniejszą entrepryzą miejską, a kat udowodnić musi przez egzamen z anatomji niektórych części ciała ludzkiego znajomość do swych obowiązków«, przeto nie wolno mu będzie bez pozwolenia przelewać praw i obowiązków swoich na kogo innego.

Chełpili się tą swoją wiadomością budowy ciała ludzkiego. Opowiada Siennik (w. XVI.), że kat, ćwiertujący w Krakowie czterech skazanych, wyśmiewał publicznie lekarzy, jakoby ci nie wiedzieli o istnieniu u człowieka żołądka. Siennik, do żywego dotknięty, chciał odeprzeć zarzuty mistrza, ale wolał zamilczeć wobec tego, że starsi od niego lekarze, temu przytomni, nie wystąpili w obronie zadraśniętej czci całego zawodu.

Do zdobycia wiadomości praktycznych nastręczała się początkującym katom i ich uczniom częsta sposobność. Przypomnijmy sobie opisy owych strasznych, a tak hojnie szafowanych tortur, z których biedna ofiara nie wychodziła oczywiście bez szwanku. A któż jej mógł pomódz? Przecież do istoty zhańbionej przez dotknięcie kata nie zbliżyłby się ani chirurg, ani lekarz. Nie chciałby, a gdyby nawet chciał, nie znalazłby dostępu. Jakoż widzimy powszechnie, że do obowiązków kata należało leczyć torturowanych, a więc wprawiać zwichnięcia, tamować krwotoki, opatrywać rany.

Przed komisją egzaminacyjną lekarską, w której zasiadał sławny Orfila, jeden z kandydatów okazał takie wiadomości, iż profesor nie zawahał się dać mu całkowicie dobrego stopnia i cofnął się dopiero po zwróceniu mu uwagi, że owym kandydatem jest nie kto inny, jeno kat z Aukserru (Auxerre), syn również kata z Melunu [2]).

Nabywali też kaci wprawy niebyle jakiej. I niemożna przeto brać jedynie za szyderstwo rady Paracelsa, udzielanej uczniom, ażeby sztuki składania połamanych kości i nastawiania zwichnień uczyli się od katów, nie zaś od chirurgów, którzy tak ważny dział operacji ręcznych zwykle zaniedbują.

Jak to już wiemy, kaci leczyli nie tylko delikwentów, lecz każdego, ktokolwiek się do nich zwrócił. W patencie nominacyjnym z r. 1690, wydanym Maciejowi Klingensteinerowi, jednemu z mistrzów sprawiedliwości w Niemczech, zaznaczono, że złożył on liczne świadectwa osób wiarygodnych, duchownych i świeckich, jak z Bożą pomocą wyleczył szczęśliwie z rozmaitych dolegliwości wielu chorych ludzi i nie mniej sztuk bydła [3]).

Leczyli zaś nie jako szarlatani, wbrew prawu, ale całkiem legalnie; dostawali przywileje i hojne dary od królów na znak wdzięczności.

---

[1]) Akta Magistratu miasta Warszawy. Serja XXIII., Dział 45: (*rękopis*) oraz odnowienie tej umowy w r. 1866 w Zbiorze przepisów administracyjnych Królestwa Polskiego, Część V. t. II., 20 (8) kwietnia.

[2]) Opowiada o tem Orfila w pamiętniku, którego nie mogłem dostać. Natomiast czytałem dwa streszczenia, niezgodne ze sobą. W jednem powiedziano, że kandydat udowodnił swoje kwalifikacje ku zadowoleniu Orfili, w drugiem, że profesor wiedział o fachu kandydata, egzaminował jednak, chcąc go przekonać, że zuchwale sięga po biret doktorski. (K. Caroe. Bourreau et chirurgien. Janus, 1897/98, pg. 309—312 i La Chronique médicale. 1914, pg. 446.).

[3]) Fr. Ritter. Scharfrichter. Deutsche Gaue. Band XIII. Streszczenie w Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaft. Band XI., N. 5, s. 513.

Rośli też w dumę, wdzierali się do korporacji chirurgów, sięgali po dyplomy. A zabiegi ich nie oburzały nawet bezpośrednio zainteresowanych. Chirurgowie z Tournai, we Flandrji, kiedy w r. 1683 kat miejscowy podał się na członka ich zgromadzenia, zwrócili się do chirurgów w Brugji (Bruges) z zapytaniem, jakiej tam trzymają się zasady w podobnych razach [1]). W najstarszym, znanym dokumencie, określającym prawa praktyki chirurgicznej katów w Danji i Norwegji (wówczas państw połączonych), z r. 1579, zawarowano, że katowi niewolno leczyć ran świeżych, natomiast może kurować »cierpienia zastarzałe« [2]).

Sięgali kaci po dyplomy i otrzymywali je. Oto dla przykładu prośba rajców krakowskich do króla Jana III. [3]): »...Donosimy także najj(aśniejszemu) Majestatowi W. Kr. Mci, iż executor justitiae, otrzymawszy z łaski W. Kr. Mci przywilej exercitii medendi, affektuje być in numero civium i paritatem mieć inter Academicos Medicinae Doctores... A że to stołeczne Miasto W. Kr. Mci, jako jedna pupilla totius Regni, ma coëquationem cum Nobilitate, przyszłoby w tem notabilem jacturam pati tak PP. Medykom, jako i mieszczanom, istius inconvenientis et exosis paritatis i opprobrium stołecznego miasta W. Kr. Mci u potomnych i pogranicznych miast; supplikujemy tedy Majestatowi W. Kr. Mci, aby ten przywilej, jeszcze w pieczęci zostający, nie był mu tak in eo tenore wydany. Gaudeat on gratia W. Kr. Mci extra numerum civium et Medicorum suo privato procedendo more w poratowaniu ludzi sine hac tituli praerogativa, która tylko bene merentibus intaminati nominis conferre zwykła... o co najj. Majestatowi W. Kr. Mci pokornie supplikując, za wszelakie pożądane sukcessy i długoletnie panowanie W. Kr. Mci Majestat Boski błagać nie przestaniemy«.

Kat berliński Coblenz miał tytuł lekarza nadwornego i przybocznego (Hof- und Leibmedicus), nadany mu przez króla pruskiego Fryderyka I. Następny król pruski, Fryderyk II., miał, jak się zdaje, dobre pojęcie o potrzebach rzeczy lekarskiej, mało zaś poważania dla lekarzy. Na czele Ober-Collegii Medici w Berlinie postawił doktora Cotheniusa i przy tej sposobności napisał do ministra von Hagena: »Ze zdziwieniem dowiedziałem się, że stanowisko dyrektora w Ober-Collegium Medicum zajmuje von Rebouer. W jaki sposób prawnik może kierować sprawami lekarskiemi, tego ja zrozumieć nie mogę. W każdym razie na przyszłość dziać się tak nie powinno« [4]). Tenże sam monarcha rozkazał w r. 1746 (28. sierpnia), aby kaci, którzy wykazali umiejętność w leczeniu zewnętrznem i posiadają po temu wiarogodne świadectwa, byli dopuszczani do egzaminu przed Ober-Collegium Medicum i po jego złożeniu otrzymywali pozwolenie leczenia obrażeń zewnętrznych. Skarga na to postanowienie, zaniesiona przez chirurgów (26. września t. r.), pozostała bez skutku.

A oto jeszcze przykład z innej nieco dziedziny, [illegible]wiedziany przez Metzgera [5]). Zbrodniarz powieszony i [illegible] jak zwykle — pozostawiony dla postrachu na szubienicy [6]), po

---

[1]) Annales de la société d'émulation de Bruges. 1913, s. 192. Streszczenie w La Chronique médicale. 1913. s. 153.

[2]) J. W. S. Johnsson. Renseignements sur les moyens thérapeutiques des bourreaux au XVII. siècle. Janus, 1909, s. 533.

[3]) Ambroży Grabowski. Dawne zabytki Krakowa. Kraków, 1850, s. 213. Dokument bez daty.

[4]) Dr. Moritz Pistor. Grundzüge einer Geschichte der preussischen Medizinalverwaltung. 1909.

[5]) Dra Jana Metzgera zasady medycyny sądowej. Przełożył Mikołaj Mianowski. Wilno, 1823, s. 33., przyp. *b*.

[6]) W umowie mag. m. Poznania z katem Janem Kinem w r. 1763 powiedziano: »Rekomenduje się też i to mistrzowi, aby, ile może mieć czasu, przynajmniej raz w miesiąc, obaczył wiszacych na szubienicy, kiedy się trafia i ćwierci na palach zawieszone, a jeżeliby która ćwierć upadła, powinien będzie opowiedzieć to JPanu Wójtowi, natenczas będącemu, aby to ciało, albo kości z niego będące zakopał pod szubienicą«. [Józef Łukaszewicz: Obraz historyczno-statystyczny m. Poznania. Poznań, 1838, t. I., str. 174, przyp.]. — Sebastjan Klonowicz (w »Worku judaszów«) tak pisze:

»...Więc tak będzie wisiał,
Na wietrze i na deszczu będzie się kołysał
Bez pogrzebu i onej ostatniej posługi
Będzie wiatrom bezecne igrzysko czas długi.
Więc się tam wronka pasie koło dusiennice:
A kruk ledwo skrzepłemu ma się do źrenice«.

kilku miesiącach spadł z niej. Posądzono kata, że był przekupiony przez skazańca i tak założył stryczek, aby wisielec się urwał, nim ducha wyzionie. Sąd wszczął dochodzenie i powołał na biegłych dwu mistrzów sprawiedliwości, lekarza sądowego i chirurga sądowego. Trzeba było przekonywać sąd, że urzędnicy lekarscy nie mieliby w tej sprawie niczego do powiedzenia.

Osiągali tedy kaci dyplomy i tytuły. Mogło to podnieść ich w oczach społeczeństwa i zmyć chociaż poniekąd plamę hańby, którą chyba nie obojętnie nosili na sobie. Nie osiągnęli jednak celu głównego, którym było zdobycie prawa wszechstronnej praktyki lekarskiej. Ono dopiero rozwiązałoby im ręce i zabezpieczyłoby od natarć chirurgów i lekarzy, pociągających często niemiłych współzawodników przed kratki sądowe.

Mając prawo, czy też nie mając, kat zajmował się leczeniem. Doszło do tego, że każdy z nich był uważany za lekarza i cieszył się nieraz liczną i znamienitą klientelą.

Nie wielu takich znamy z imienia w Polsce, więcej po innych krajach Europy. Ale i co do Polski nie brak wskazówek. Dr. med. Broscyusz, lekarz z pierwszej połowy w. XVII., w jednym z listów swoich tak się o stanie rzeczy lekarskiej w Polsce wyraża [1]: »Więc zaś concurentia w tej (lekarskiej) profesyi to z mnichami, to z babami, a naostatek i z czym niesławniejszym«. W rachunkach m. Krakowa z w. XVII. kilka razy zapisano wydatek na zapłatę katowi za leczenie [2]. Pod r. 1613: »Mistrzowi od leczenia usknachta [3], któremu kość w ręce przetrącił sługa Pana Sędziego konfederackiego na Smatruzie grzyw. 7 gr. 24.« R. 1623: »Mistrzowi od wyleczenia Wojciecha, sługi ratusznego flor. 1«. W regestrze szpitala św. Sebastjana pod r. 1691: »Bednarczyk na rękę skancerowany fl. p 10. Był u kata darmo [4], musiało się go dać lekarce szpitalnej znowu leczyć i dało się onej flor. 5«. W innem miejscu t. r. zapisano: »Katowi za wiwandę [5], co leczył i żywił Bednarczyka, którego znowu przyjęliśmy flor. 6«. August III. w potwierdzeniu »Artykułów Konfraternji Cyrulickiej Warszawskiej« z r. 1748 pomiędzy innemi osobami, nieprawnie trudniącemi się »kunsztem cyrulickim«, wymienia również katów, upoważnia zarazem starszyznę cechową do odbierania od wszystkich nieuprawnionych do praktyki zawodowej narzędzi chirurgicznych [6]. Ludwik Perzyna z XVIII. i jeszcze w początkach XIX. w. Leopold Lafontaine, Adam Rudnicki, tudzież Ignacy Fijałkowski [7] kładą mistrzów sprawiedliwości w liczbie szarlatanów i ostrzegają przed zwracaniem się o radę w chorobach »do chłopów, k a t ó w, owczarzów, pastuchów, bab«.

Same atoli władze nie przestrzegały własnych zakazów. »Ordynacja policji« z r. 1762, wyliczając dochody kata, opiewa: »Art. XVII. Jeżeli będzie sposobny i umiejętny w kuracji złamania nogi, ręki lub wywinienia i tym podobnych zewnętrznych przypadków (nie wdając się jednak w. praktykę cyrulicką), może mieć na rok proweniencyi bez najmniejszej depaktacji około 1000 flor.«.

O wiele więcej przykładów i szczegółów zachowały nam archiwa innych krajów Europy. Oto niektóre.

Rada miejska w Memmindze (Memming, w Bawarji) przyznała swojemu katowi prawo wszelakiej praktyki lekarskiej; przywilej ten jednak w r. 1573 uchylono. Kat w Gdańsku w r. 1641 otrzymał prawo leczenia zwichnień [8].

[1]) Rocznik lek. t. V., s. 200.
[2]) Ambroży Grabowski l. c.
[3]) parobka. [4]) naprożno. [5]) strawę.
[6]) »A zaś niektórzy w cechu nie będący, jako to od regimentów i od pułków wojskowych, także duchowni, jako też kaci kunszt cyrulicki w mieście naszym tak Starej, jako i Nowej Warszawy i po przedmieściach wypełniać, do chorych chodzić zwykli i z niedoskonałej profesji swojej cyrulickiej śmierć przyczyniają, i wprowadziwszy w większe choroby, pacjentów onychże odstępują«, tedy król daje »moc starszym cechowym instrumenta takowym w cechu niezostającym, z wiadomością jednak Szlachetnego Magistratu, odbierać«. (Akta Starej i Nowej Warszawy — gospodarskie i administracyjne — księga 1219).
[7]) Ludwik Perzyna: Lekarz dla włościan. 1793. — Leopold Lafontaine: Dziennik Zdrowia. (1801, N. 1., przedmowa). — Adam Rudnicki: O fuszerstwie lekarskiem. Warszawa, 1861. — Ignacy Fijałkowski: Rozprawa na zapytanie Tow. Król. warsz. przyjaciół nauk... Uwieńczona na posiedzeniu publicznem tegoż Towarzystwa d. 3. maja 1819.
[8]) Beneke l. c.

Fryderyk II., król duński, nadał w r. 1579 Andrzejowi Freimutowi, katowi w Kopenhadze, prawo nastawiania wywichniętych członków i leczenia wrzodów zastarzałych, natomiast zakazał leczyć rany świeże. Tamże w wieku następnym, pod r. 1609, zapisano wydatek 4 ryksdałów, jako zapłatę katowi Kacprowi za wyleczenie dwojga dzieci w przytułku miejskim. Nieco później, w r. 1638 Chrystjan IV. wezwał do Kopenhagi kata z Glückstadtu w Holsztynie do najstarszego syna, chorego na nogę. Leczenie trwało dwa miesiące, i przez cały ten czas lekarz królewski, dr. Henryk Köster, nie był ani razu dopuszczony do królewicza. Skarży się też on gorzko w liście do kolegi, doktora Olawa Wormego, że pomimo pogorszenia się choroby, król sowicie wynagrodził kata: dał mu 200 ryksdalów i puhar srebrny pozłocisty. »Takiej nagrody — pisze Köster — nie dostałby żaden z nas, nawet najdoświadczeńszy, któremuby się powiodło wyleczyć następcę tronu, postępując podług zasad nauki«. — Podobny fakt powtórzył się w lat czterdzieści później. Z kasy króla Chrystjana V. wypłacono katowi kopenhaskiemu 200 ryksdalów za wyleczenie »chorej goleni pazia Zepelina«.

Andrzej Liebknecht, mistrz sprawiedliwości w Kopenhadze, specjalista w chorobach wenerycznych, napisał w r. 1695 dziełko »O chorobie neapolitańskiej«, t. j. o przymiocie. Jan Gotfryd Geltzer, kat z Tönderu, porzucił swoje rzemiosło i osiadł w poblizkim Saedzie (Saed) jako lekarz i oberżysta. Zmarł tamże w r. 1699.

W stuleciu XVIII. w rachunkach miejskich za leczenie sierót zapisano pod r. 1718 wydatek 45 koron srebrnych; z tego lekarz otrzymał około 5, kat zaś 11 koron; reszta wyszła na lekarstwa. Zapewne kat miewał tu w leczeniu przypadki chirurgiczne, od których uchylał się, by nie urazić swojej godności, lekarz.

Godzien uwagi jest bieg życia Eryka Petersona, duńczyka, urodzonego w r. 1766. Trudnił się w ojczyźnie krześlarstwem. W r. 1796 powołany na kata do Dronthejmu w Norwegji, zajął tam we dwa lata później stanowisko pomocnika lekarskiego w szpitalu miejskim; w r. 1808 w wojnie ze Szwecją towarzyszył pułkowi pieszemu w stopniu chirurga (chirurgien-major), jako kierownik ambulansu. Od r. 1810 do 1812 kierował walką z durem plamistym, panującym podówczas w okolicach Dronthejmu, poczem czas jakiś był jeszcze lekarzem więziennym w temże mieście, aż nakoniec ustąpił z zajmowanego stanowiska i wrócił do zawodu katowskiego. Obok tego trudnił się szczepieniem ospy i, jak dawniej, wyrobem krzeseł. W r. 1818 ubiegał się o prawo praktyki lekarskiej, spotkała go jednak odmowa. Zmarł w r. 1835 [1]).

Augustyn Chrystjan Stengel z Odense w Fionji na świadectwach, wydawanych o zaszczepionej ospie, kładł podpis: »Stengel, kat«. Było to na początku w. XIX.

We Francji zniesiono urzędy katów w miastach prowincjonalnych w r. 1871. Zarazem zgasła pamięć katów-lekarzy, jedyny bowiem mistrz pozostał w Paryżu — »Monsieur de Paris« — ten atoli nie poszedł za przykładem swoich poprzedników i nie podejmował się leczenia. Ostatni kat w Lijonie, Chrétien, bardziej zasłynął jako lekarz, niż wykonawca krwawych wyroków. Zwłaszcza wielkiem uznaniem cieszyła się maść jego pomysłu i wyrobu. Tajemnicę jej składu uniósł do grobu. Długo jeszcze po jego śmierci żądano w aptekach maści Chrétiena — napróżno.

Piśmiennictwo francuskie przytacza liczne przykłady spraw sądowych, wytaczanych katom o nieprawne leczenie. Niektóre wyprowadzają na widownię inny typ zawodowców: lekarzy-katów, nie zaś katów-lekarzy, t. j. połączenie dwu fachów, tylko w odwrotnej chronologicznie kolei.

Wyroki zapadały rozmaite: skazujące na grzywny i uniewinniające. W obronach swoich kaci zapewniali, że nie posługiwali się żadnemi narzędziami chirurgicznemi, bądź też wprost okazywali posiadane dyplomy naukowe. Tak n. p. w Bourges (w departamencie Cher) około r. 1848 kat, pociągnięty do odpowiedzialności za nieprawne leczenie, złożył sądowi dyplom, wydany mu przez wydział lekarski w Pa-

[1]) K. Caröe l. c., s. 309—312.

ryżu na stopień »officier de santé«, oraz powołał się na szereg świadków, przyznających mu umiejętność lekarską. Prokurator znalazł się w kłopocie i całe oskarżenie na tem oparł jedynie, że ów dyplom służy wyłącznie na departament Sekwany. Ostatecznie sąd skazał lekarza-kata na 5 franków grzywny tylko za to, że wbrew obowiązującym przepisom nie zarejestrował dyplomu.

Ambroży Paré (w. XVI.) skarżył się przed królem Karolem IX. na szarlatanów i nieuków, wkraczających w prawa chirurgów, i zaliczał do nich katów. Cuvier, dowodząc potrzeby zniesienia stanu felczerskiego (»officier de santé«), powoływał się również na to, że felczerowie obejmowali posady katów, nie porzucając jednocześnie praktyki chirurgicznej. I nie można było zakazać im tego [1]).

A. Dumas [2]) dowiedział się w Manhejmie, że wykonawcą wyroku śmierci na Karolu Sandzie, zabójcy Augusta Kotzebuego, był M. Widemann, doktor chirurgji, kat Księstwa Manhejmskiego. Po jego śmierci katem został Wideman syn, również doktor chirurgji, mieszkający w Heidelbergu. Dumas odwiedził go i usłyszał, że mistrzowi nie nadarzyła się jeszcze sposobność wypróbowania zręczności w operacji karnej.

* * *

Kiedy faktom, zaczerpniętym z różnych epok, nie dało się zaprzeczyć, niektórzy lekarze, nazbyt tym razem troskliwi o zawodową cześć, starali się zaprzeczyć istnieniu ongi niemiłego koleżeństwa. Prawda — mówili — kaci trudnili się leczeniem, ale wyłącznie chirurgicznem, a przecież dawniej medycyna gardziła chirurgią i dbały o swój honor lekarz jej nie uprawiał. — Tak było istotnie. Ale, jak wiemy, kaci, posiadając wprawę i praktykę w chirurgji, nie gardzili również leczeniem chorób wewnętrznych. Skoro do wspólnego grona lekarzy weszli nie tylko chirurgowie, ale nawet okuliści, dentyści, operatorowie kamieni i przepuklin, którzy pospołu z kuglarzami wędrowali z jarmarku na jarmark, skoro z nimi wszystkimi utworzyliśmy jedną rodzinę, to sprawiedliwość nakazuje we wspólnej księdze wspomnień dziejowych uwzględnić także katów.

* * *

Wypada jeszcze cokolwiek powiedzieć o *apteczce katowskiej*.

Kiedy w r. 1888 Brown-Séquard wystąpił ze swojemi »odkryciami«, wielu mniemało, że zjawił się twórca nowej farmakologji. Tymczasem początki organoterapji giną w pomroce wieków i tyle tylko można powiedzieć, że miała ona o wiele szersze zastosowanie, że czerpano leki z całego królestwa zwierząt, nie pomijając samego człowieka. I ta tylko zachodzi różnica, że kiedy my uciekamy się obecnie do nielicznych tylko narządów zwierzęcych i stosujemy je w stanie odpowiednio przerobionym, odlegli poprzednicy nasi znajdowali źródła lecznicze bodaj we wszystkich narządach i wydzielinach w stanie ich surowym, bądź też niewiele co zmienionym przez gotowanie, suszenie, sproszkowanie. Z czasem kunszt sporządzania leków tego rodzaju stał się bardzo wyszukanym. Esencje, olejki, wódki i maście otrzymywano przez liczne destylacje i inne przeróbki chemiczne.

Prastare pomniki piśmiennictwa Grecji i Rzymu wykazują, że lekarze owych epok nie byli zwolennikami czerpania środków leczniczych z ustroju ludzkiego. Całkiem ich jednak nie pomijali. Śród leków Hippokratesa znajdujemy mocz ludzki, kał, smołkę noworodków. Areteusz stosował krew ludzką przeciw padaczce; sława tego środka przetrwała do zarania XIX. w. Galen wspomina o stosowaniu krwi miesiączkowej, woszczku usznego, mózgu ludzkiego. Od Plinjusza i Celsa dowiadujemy się, że wysysanie krwi świeżej, płynącej z naczyń gladjotorów, było powszechne w Rzymie; tenże Plinjusz nagania kąpanie się we krwi, wytoczonej dzieciom. Dioskorydes był stanowczym zwolennikiem opoterapji; on to właśnie zalecał chorym na wodną puchlinę picie naczczo własnej uryny. I nie bez podstawy: wiemy przecież, że mocznik posiada własności moczopędne.

[1]) La chronique médicale, 1901, s. 424.
[2]) Excursions sur le bords du Rhin. La Chronique médicale. 1901, s. 55.

W okresie medycyny arabskiej większy mir miały środki roślinne. Epoka odrodzenia zwróciła umysły gdzieindziej; wiarę w powagi zastąpiła zasada badań, doświadczeń chemicznych; tajemnicę lecznictwa spodziewano się znaleźć na dnie alembików; na czoło leków wysunięto kruszce. Środki pochodzenia zwierzęcego nie uległy wprawdzie zupełnemu zaniedbaniu, ale już w postaci zmienionej przez rozmaitego rodzaju przyrządzenie.

Szczytu swojego dosięgła organoterapja w zaraniu w. XVII. Czerpano z ustroju zwierząt i człowieka, i żaden chyba narząd, żadna część nie była pominięta. Zwłaszcza baczną uwagę zwrócono na człowieka, rozumując, że skoro pierwiastki z ustrojów zwierzęcych mogą w pewnych chorobach pomagać człowiekowi, tem prędzej należy oczekiwać, że znajdą się one w ustroju ludzkim.

Wiek XVIII., zwłaszcza od drugiej połowy, był świadkiem stopniowego zaniku organoterapji, a w XIX. uległa ona zaniedbaniu i zapomnieniu. Wskrzesił ją dopiero Brown-Séquard [1]).

Zważywszy, iż głównym środkiem leczniczym, z ustroju człowieka czerpanym, była krew, zwłaszcza świeżo wytoczona [2]), oraz tłuszcz ludzki, łacno pojmiemy, że najczęstszym, a właściwie jedynym dostawcą rzeczonych leków bywał kat. Krew i tłuszcz ludzki stanowiły podwalinę apteczki mistrzowej.

Kaci wszakże nie poprzestawali na zrodłach sobie wyłącznie dostępnych. Zachowały się recepty, zapisywane przez katów w w. XVII. Wskazują one, że kaci posługiwali się lekami, będącemi podówczas w powszechnem użyciu i zalecanemi nie tylko w medycynie ludowej, lecz i w »naukowej« [3]).

* * *

Zbyteczne byłoby wyliczenie wszystkich leków, branych z narządów lub z wydzielin człowieka. Część ich mogła posiadać własność leczniczą istotną, t. j. zawartą w samej materji leku (np. krew), inne działały mistycznie (np. krew żyda, wisielca).

Sporo leków z tej dziedziny pozostaje dotychczas w lecznictwie ludowem, niektóre zalecano jeszcze niedawno nawet w dziełach lekarskich, zwłaszcza w poradnikach popularnych.

Zaczerpniemy kilka przykładów z piśmiennictwa polskiego.

Wiemy już z opowieści Lafontaina, jaką sławą się cieszyła na padaczkę świeża, ciepła jeszcze krew karanego na gardle zbrodniarza. Przeciwko tejże chorobie zaleca Haur [4]) »proszek z serca człowieczego preparowany z wolnym winem«. Podług zaś Jerzego Fonklofena [5]) wystarczy »namazać wargi krwią człowieczą«; niezgorzej pomaga nadto »mózg człowieczy« w piecu ususzony i na proszek starty po skrupule na raz. Środek Fonklofena cieszy się uznaniem wśród ludu w Wileńskiem, gdzie najstarszy lub najmłodszy

[1]) Fatoccioli Joseph: L' organothérapie humaine en thérapeutique. Paris, 1911.
[2]) W r. 1755 prezes ministrów hr. Brühl w Dreznie udzielił pozwolenia pewnemu mistrzowi cechu krawieckiego, na prośbę jego towarzyszów, skorzystać ze sposobności i napić się świeżej krwi złoczyńcy, skazanego na śmierć przez ucięcie głowy. (Mörtzsch: Das Blut eines Enthaupteten ein Mittel gegen die Fallsucht. Streszczenie w Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. Band XV.I, N. 4|5, s. 407.). — Dr. Leopold Lafontaine pisze, że w Krakowie kat dorobił się znacznego majątku ze sprzedaży świeżej, ciepłej jeszcze krwi traconych. Pierwsza czara była najkosztowniejsza, następne — tańsze. Na różnicę ceny wpływało też pochodzenie krwi: najdroższa była krew dziewicy lub młodzieńca, najtańsza — żydowska. Niezwłocznie po zażyciu tego lekarstwa pachołek katowski przynaglał chorego do cwałowania, co miało przyśpieszać wchłanianie leku przez ustrój. Trwało to, dopóki chory nie padł zemdlony na ziemię, czemu często towarzyszył gwałtowny napad padaczki (którą właśnie krew ludzka miała leczyć) i śmierć nagła. Lafontaine był świadkiem takich przypadków. (Chirurgisch medicinische Abhandlungen verschiedenen Inhalts Polen betreffend. Wrocław i Lipsk, 1792).
[3]) J. W. S. Johnsson l. c. (przytacza przykłady recept katów Krzysztofa i Kacpra Kochów oraz Piotra Mayera).
[4]) Skład abo skarbiec znakomitych sekretów.... Kraków, r. 1693.
[5]) Skarb drogi nieoszacowanemu zdrowiu ludzkiemu.... Lublin, 1724.

w rodzinie epileptyka rozcina sobie na krzyż koniec palca serdecznego i krwią smaruje choremu usta podczas napadu [1]).

Marcin Siennik [2]) twierdzi, że »naprzeciw ukąszeniu wężowemu zęby umarłego człowieka spalone i na proch starte, ranę tym prochem posypować, jest rzecz bardzo dobra i doświadczona«, oraz, że »nasienie męskie, to jest sperma, na lice pomazane kielko razow, makuły wszelkie i blizny ran ciętych zgania«. Od czasów Siennika przemknęły trzy stulecia, nauka i sztuka lekarska ogromnie postąpiły; złożyły się na to odkrycia mnóstwa badaczów. Do ich (!) szeregu staje Aleksander Okończyc, wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego, później doktor szkoły paryskiej, uczestnik walk w r. 1863. W podręczniku chorób ocznych dra Schauenberga wyczytał on wiadomość o rozpowszechnionym wśród Hiszpanów leku na zapalenie gruczołów powiek; jął tedy próbować i przekonał się jakoby o skuteczności »przemywania oczu każdego dnia zrana wodą, jaka się zostaje po wymyciu zębów«. Jakoż nie omieszkał podzielić się tem doświadczeniem z kolegami [3]).

Znany chlubnie w kraju Adam Helbich opowiada [4]) o zwyczaju okładania łajnem ludzkiem części dotkniętych różą i nadmienia: »Nie wspomniałbym o tem, gdyby mnie podobnie bujno (!) wymyślony środek ze znacznego nawet domu odrazą woni i domiarem głupstwa nie wypędził«. Tenże lekarz wspomina [5]) o piciu przez chorych własnego moczu przeciw wodnej puchlinie. Środek ten cieszy się uznaniem w licznych chorobach.

Dr. Leopold Lanfontaine, autor miesięcznika lekarskiego (»Dziennik Zdrowia«), twierdzi [6]), że żadne środki »zabezpieczenia się od ospy« nie skutkowały dotychczas, nawet »tak bardzo szacowna skuteczność krwi pępkowej, mimo złożonej przysięgi akuszerki Hachenburskiej i mimo dziesięcioletniego doświadczenia Salchowa«. — Krew owa, użyta w niewielkiej ilości, ma być istotnie »szacowną« w niepłodności kobiet; za taką przynajmniej uchodzi wśród ludu w Wileńskiem i Mińskiem [7]).

Ból zęba ustępuje, jeżeli go »natrzeć palcem zmarłego« [8]) lub dotknąć trzykrotnie »kością z cmentarza« [9]), zębem »z trupiej czaszki« [10]). Co dziwniejsza, poważny »Tygodnik lekarski« zapisuje [11]) bez zastrzeżenia taką wiadomość: »Towarzystwo lekarskie w Gand (!) otrzymało od swego członka p. Snellaert szczególne wypadki uleczenia bólu zębów przez dotknięcie zębem zmarłej osoby. Wyznaczono komisję, która wiele przypadków postrzegała i w wielu potwierdziła działanie tego środka. W porównaniu nawet z dotknięciem innemi martwemi przedmiotami ząb okazał niezaprzeczoną wyższość w uśmierzaniu bólu. Ząb chory następnie kawałkami wypada«. »Lekarstwo domowe dla poratowania zdrowia ludzkiego...« (Kraków, 1661) daje przepis »maści na stłuczenie«, do której trzeba wziąć »człowieczego sadła za groszy kilka«. Inne dziełko popularne — »Apteczka domowa...« (Wilno, 1793) poucza, że tłustość człeka rany goi, ból uśmierza«; dalej zaleca »smarowanie na paraliż: tłustość ludzką i tłustość wężową z imbierem i gałką muszkatową«.

---

[1]) Wandalin Sienkiewicz: Wierzenia i praktyki ludów.... Wisła, XVII., 438.

[2]) Herbarz, to jest ziół tutecznych, postronnych i zamorskich opisanie.... Kraków, 1568.

[3]) Blepharoadenitis ciliaris. Tygodnik lekarski, 1863, N. 17. str. 138.

[4]) Tamże. 1850, N. 8., s. 61.

[5]) Tygodnik lekarski, 1850, N. 29., s. 228 (środek zalecany przez Dioskorydesa).

[6]) t. I., s. 228.

[7]) F. Wereńko: Przyczynek do lecznictwa ludowego. Materjały antropologiczno-archeologiczne i etnograficzne wydawane staraniem Komisji antrop. Akad. Um. w Krakowie, t. I.

[8]) F. Wereńko l. c.

[9]) M. Toeppen: Wierzenia mazurskie. Wisła, VI., 411.

[10]) Wisła IX., 810. Poniewicz.

[11]) 1847, N. 23,

Przegląd piśmiennictwa.

Medycyna wewnętrzna.

La Presse médicale.

Nr. 21—32. 1923.

A. Hustin. **Prosty sposób określania skrzepu krwi.** Kurczliwość skrzepu waha się w różnych warunkach fizjologicznych, ulega zaś znacznym zmianom w pewnych stanach chorobowych. Wogóle im więcej płytek zawiera krew, tem kurczliwość jej jest większa. Dotychczas określano kurczliwość skrzepu, pobierając krew z żyły do probówki i mierząc objętość skrzepu po upływie 24-ch godzin. Stosunek skrzepu do objętości krwi całkowitej wyraża kurczliwość. Metoda prosta, lecz nie pozbawiona różnych braków. Wymaga bowiem przekłucia żylnego i stosunkowo znacznej ilości krwi. Pozatem częstokroć skrzep przylepia się mniej lub więcej znaczną powierzchnią do ściany probówki — skrzep kurczy się nierównomiernie. Oprócz tego wynik odczytujemy po upływie 24 godzin, wskutek czego objętość surowicy zmniejsza się przez parowanie.

Autor podaje prosty sposób mierzenia kurczliwości, wymagający tylko kropli krwi. Przyrząd składa się z lejka szklanego, którego szeroka część, zwykle stożkowata, ma kształt kuli o 2 cm średnicy, spłaszczonej z jednej strony, aby można kłaść ją poziomo. Lejek ów zaopatrzony jest w otwór $^{3}|_{4}$ cm średnicy, umieszczony w ten sposób, aby parafina, którą następnie napełnia się lejek nie wylewała się ani w pionowem ani w poziomem położeniu lejka. Rurka lejka ma 8 cm dług. i 2 mm światła i zakończona jest rurką gumową długości kilku cm, zaopatrzoną zaciskaczem. Lejek pokrywa się przed badaniem cienką warstwą parafiny, poczem kładzie się poziomo i napełnia płynną parafiną. Przez otwór w lejku wpuszcza się do parafiny jednę lub dwie krople badanej krwi Stawiamy lejek pionowo i kropla krwi opada powoli do otworu rurki włosowatej lejka. Ostrożnie i powoli otwieramy zaciskacz; kropla wchodzi do włosowatej rurki. Gdy w ten sposób wpuścimy całą kroplę krwi, mierzymy długość słupa krwi zapomocą skali na lejku lub też miarki milimetrowej. Po dokonaniu mierzenia nachylamy lejek poziomo i jednocześnie zamykamy zaciskacz. Kropla krwi powraca do kulistej części lejka i przybiera napowrót kształt kulisty. Kroplę krwi pozostawiamy do następnego dnia. Krew krzepnie, i nazajutrz spostrzegamy w parafinie dwie oddzielne kulki: jedną ciemno-czerwoną, utworzoną przez skrzep i drugą przeźroczystą z surowicy krwi. W celu zmierzenia objętości surowicy postępujemy według wyżej podanego sposobu, Stosunek słupa surowicy do słupa krwi całkowitej daje nam wyobrażenie o kurczliwości skrzepu.

Wyniki, otrzymane zapomocą tej metody, są zgodnie z wynikami mierzenia kurczliwości próbówki i nie zależą od tego, czy posługujemy się różnej wielkości lejkami lub też czy do badania bierzemy mniejszą lub większą kroplę krwi.

R. Rove. **Wczesne rozpoznawanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** Autor podaje do wiadomości i oceny zespół objawów, który podczas wojny oddał mu wielkie usługi we wczesnem rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i który opisał pod nazwą »zespołu nadbrzusznego« (syndrome épigastrique).

Zespół ten spostrzegać się daje w początku ciężkich przypadków zapalenia wyrostka, zazwyczaj w ciągu pierwszych sześciu godzin napadu, poprzedza zatem klasyczne objawy tego schorzenia w prawym dole biodrowym. Chory skarży się na silne bóle w nadbrzuszu, często wymiotuje i leży na wznak, nie zginając ud w kierunku brzucha. Badanie jamy brzusznej wykrywa wyraźną wrażliwość, umiejscowioną w górnej części nabrzusza z lewej strony i hyperestezję powłok w tejże okolicy. Górny odcinek lewego mięśnia prostego brzucha jest przykurczony i wykazuje przy macaniu opór. W okresie tym w prawym dole biodrowym nie mamy jeszcze żadnych objawów. Jeżeli wówczas dokonać laparotomji, stwierdzamy, że sieć przesuwa się w kierunku wyrostka robaczkowego i zależnie od czasu, który upłynął od wystąpienia objawów nabrzusznych, jest mniej lub więcej od niego oddalona. W końcowym okresie zespołu sieć ściśle

przylega do wyrostka robaczkowego, w którym wówczas stwierdza się ognisko martwicy lub nawet przedziurawienia. Zabieg w czasie trwania zespołu nabrzusznego tj. przed zjawieniem się objawów w prawym dole biodrowym zapobiega najpewniej zapaleniu otrzewnej i ratuje zatem chorego od niechybnej śmierci.

Pochodzenie tego zespołu nie jest wyświetlone. Autor sądzi, że polega on na podrażnieniu nerwów sieci, wywołanem bądź to szybkiem przesuwaniem się sieci w kierunku wyrostka, bądź też jest wynikiem wybitnej zjadliwości wchłoniętych przez nią toksyn. Ponieważ sieć embrjologicznie powstaje z tylnej części pierwotnego mesogastrium, zatem w sąsiedztwie wielkiej krzywizny żołądka, sądzić można, że podrażnienia, którym ulega sieć, dają objawy czuciowe i ruchowe w okolicy nadbrzusza tak, jak gdyby cierpienie dotknęło wielkiej krzywizny żołądka. Zespół nadbrzuszny jest zatem odruchem wskutek nadzwyczaj ostrego podrażnienia nerwu błędnego. Ponieważ zespół ten jest przemijający, należy w praktyce prywatnej szukać go od samego początku zapalenia wyrostka i umieć rozpoznać go, ponieważ świadczy on o ciężkim przebiegu napadu i, według zdania autora, jest istotnem wskazaniem od natychmiastowego zabiegu. Autor dodaje, że zespołu tego prawie nigdy nie udaje się obserwować w szpitalu, gdyż zbyt wiele czasu upływa zwykle od początku napadu do chwili przyjęcia chorego do szpitala.

A. B. Marfan. **Rozpoznawanie kiły wrodzonej noworodków i osesków.** Objawy kliniczne niepewne. Odczyn Wassermanna. Objawy kliniczne późne kiły wrodzonej są niestałe, wczesne — przemijające. Często należy rozpoznawać na podstawie objawów niepewnych, które, o ile tworzą pewien zespół, świadczą z dużem prawdopodobieństwem o kile. Objawy te są następujące: 1) Wywiady r dzinne. Dzieci rodziców chorych na kiłę mogą nie być chore, lecz przeważnie są zakażone. O ile rodzice zachorowali niedawno, dzieci są zakażone według Fourniera w 92%. 2) Częstość poronień i przedwczesnych porodów przed urodzeniem się badanego dziecka. Wszelkie poronienia są bardzo podejrzane, szczególnie o ile zachodzą po 3-im lub 4 ym miesiącu ciąży. Podejrzenie jest tem większe, jeśli poroniony płód jest zmacerowany. 3) Duża śmiertelność wśród rodzeństwa. 4) Ciąża bliźniacza jest częsta w rodzinach dotkniętych kiłą, zwłaszcza ciąża bliźniacza jednojajowa. 5) Nadmiar wód płodowych i stosunkowo znaczna objętość łożyska.

Objawy kliniczne spostrzegane u dziecka są następujące: 1) Krwawe stolce u noworodków — w przyczynach powodujących tę chorobę, kiła zajmuje pierwsze miejsce. 2) Brak łaknienia u osesków. 3) Stałe przewlekłe wymioty; autor wyodrębnił tę postać chorobową, którą stwierdził zarówno u dzieci karmionych piersią, jak i u dzieci karmionych sztucznie. Wymioty mogą występować po każdym posiłku, czasem natychmiast, czasem w $1/2$ godziny i później; trwają tygodniami, miesiącami i są niezależne od wrodzonego zwężenia odźwiernika. S oiste przeciwkiłowe leczenie daje często zdumiewające wyniki 4) Bezprzyczynowe zahamowanie rozwoju. 5) Obustronne powiększenie gruczołów chłonnych łokciowych według zdania Haubnera, o ile niema miejscowej przyczyny, jest zależne wyłącznie od kiły. Badania autora stwierdziły, że obrzmienie gruczołów może być również zależne od gruźlicy. O ile jest ono obustronne i o ile odczyn Pirquet'a jest ujemny, należy myśleć o kile. 6) Wczesne powiększenie wyrośli gruczołowatych jamy nosowo-gardłowej stwierdzone przed 3-cim miesiącem. 7) Przerost grasicy w pierwszych dwóch latach. 8) Wodniak jednostronny i trwały jądra; obrzmienie i stwardnienie jądra. Związek przyczynowy z kiłą ma tylko wodniak, który nie komunikuje się z jamą otrzewnej i jest stały. Schorzenia jądra u noworodków, połączone z wybitnem stwardnieniem, zawsze budzą podejrzenie kiły. 9) Potworności i cierpienia wrodzone, szczególniej serca. 10) Zmiany mózgowe wrodzone: choroba Little'a, atetoza obustronna, głuptactwo, mongolizm, wrodzone wodogłowie. 11) Wreszcie drgawki bezprzyczynowe — o ile występują przed 3 cim miesiącem i o ile nie miał miejsca poród kleszczowy. Płyn mózgowo- rdzeniowy cechuje się wówczas obecnością białka i limfocytozą. 12) Bezprzyczynowy trwały zez zbieżny. 13) Krzywica, o ile cechuje się w następujący sposób: a) występuje wcześnie (jest wrodzona lub przed 4-ym miesiącem) i b) umiejscawia się przeważnie w kościach czaszki i towarzyszy jej niedokrwistość i powiększenie śledziony. Krzywica na tle kiłowem wywołuje zwykle duże zmiany.

Dodatni odczyn Wassermanna może rozstrzygnąć wątpliwości w każdym poszczególnym przypadku. Natomiast ujemny odczyn nie pozwala wyłączyć kiły tembardziej, że u osesków i noworodków może być ujemny wówczas, gdy objawy kliniczne niewątpliwie świadczą o kile. Zdarzają się przypadki, że odczyn Wasssermanna u dziecka daje wynik ujemny, natomiast u matki dodatni. O ile dziecko ma mniej niż rok i o ile matka nie zachorowała na kiłę po jego urodzeniu, można twierdzić mimo ujemnego odczynu, że dziecko jest zakażone: są przypadki, w których krew dziecka daje odczyn dodatni, natomiast krew matki ujemny. Wogóle odczyn ujemny, zwłaszcza w okresie pierwszego dzieciństwa, bezwzględnie nie ma decydującego znaczenia.

L. A. Amblard. **O mierzeniu ciśnienia tętniczego w przebiegu niedomykalności zastawek tętnicy głównej w celu ustalenia jej pochodzenia.** Przypadki niedostateczności zastawek tętnicy głównej klinicznie można podzielić na dwie grupy, różniące się znacznie swem pochodzeniem, zmianami anatomicznemi, jakoteż i pod względem rokowania i leczenia. Do pierwszej grupy należą przypadki niedostateczności po przebytym durze brzusznym, ostrym reumatyzmie stawowym i wogóle po innych ostrych chorobach zakaźnych, które mogą wikłać się zapaleniem wsierdzia. W przypadkach drugiej grupy przyczynę stanowi kiła. Tutaj nie może być mowy o zakończonem, zupełnie określonem schorzeniu tętnicy głównej, lecz o chorobie stale rozwijającej się, postępującej naprzód, chociaż niekiedy bardzo powoli. Rokowanie w tych przypadkach zależy od wczesnego rozpoznania przyczyny schorzenia, od prawidłowego i energicznego leczenia, które może nie tylko powstrzymać rozwój schorzenia, lecz usunąć nawet istniejące już zmiany i zapobiedz zjawieniu się innych objawów, zależnych od tej samej swoistej przyczyny. Chociaż wszystkim wiadomo, że niedomykalność zastawek tętnicy głównej cechuje znaczne zwiększenie parcia tętna wraz z obniżeniem ciśnienia minimalnego, zbyt mało uwagi zwracają lekarze na znaczenie liczby ciśnienia minimalnego, która wyświetlić może pochodzenie niedostateczności, co niekiedy bywa trudne, a ma natomiast znaczenie pierwszorzędne.

Autor zwraca uwagę, że chociaż ciśnienie tętnicze u chorych z niedostatecznością zastawek t. głównej uwarunkowane jest temi samemi przyczynami, co i u normalnych osobników, i rządzi się temi samemi prawami, to jednak zmiany w lepkości krwi i zwłaszcza zmiany w ścianach tętnic mają swoisty wpływ w przebiegu tego schorzenia. Wielkość ciśnienia jest wypadkową różnych sił, działających w przeciwnych kierunkach: najważniejszą jest siła tłocząca serca i opór, jaki przeciwstawia krwi stan tętniczek. Istotnie, stopień zwężenia tętniczek (arteriolae) utrzymuje w czasie rozkurczu serca ciśnienie na pewnym poziomie. Jednak i stan napięcia ścian tętnic odgrywa dużą rolę; możemy zatem mówić o hypertensji pochodzenia naczyniowego, która zależeć może od czynnika organicznego lub funkcjonalnego.

Hypertensję pochodzenia naczyniowego organicznego spostrzegamy u sklerotyków, u których fala krwi zostaje wtłoczona do naczyń, w których tkankę sprężystą przynajmniej częściowo zastąpiła tkanka sklerotyczna.

To samo zjawisko daje się zauważyć przy normalnej rozciągliwości naczyń w przypadkach ich skurczu obwodowego. Stany te autor nazywa hypertensją pochodzenia naczyniowego czynnościowego. Zazwyczaj dwie te przyczyny, ograniczna i czynnościowa, łączą się i nasilają wzajemnie. Zrozumiałe jest, że duże znaczenie ma stan naczyń i wielkość światła końcowych tętniczek u osobników z niedostatecznością zastawek tętnicy głównej Wada ta z natury rzeczy przebiega ze zwiększeniem ciśnienia maksymalnego i parcia tętna. W przypadkach zaś, gdy łączy się ona ze sklerozą lub skurczem obwodowym tętnic, wzmożenie ciśnienia może osiągać znaczną wielkość.

Co się tyczy ciśnienia minimalnego, to za normę autor

uważa ciśnienie 80 mm Hg, o wzmożonem ciśnieniu min. może być mowa, kiedy przekracza liczbę 100 mm. W przypadkach jednak niedost. zast. tętnicy głównej liczba 100 mówi o znacznem wzmożeniu ciśnienia, a nawet liczba 80 mm jest dla takiego osobnika wysoką. Chorych z niedost. zast. tętnicy głównej autor dzieli z punktu widzenia ciśnienia minimalnego na 2 grupy: 1) na osobników z ciśnieniem minimalnem poniżej normy i 2) na osobników z ciśnieniem powyżej normy. Podział ten ma znaczenie podstawowe.

Stwierdzenie wzmożenia ciśnienia minimalnego w przebiegu schorzeń aorty według autora przemawia za kiłowem pochodzeniem jego. Kila dziedziczna lub nabyta jest prawie jedyną przyczyną wzmożenia ciśnienia tętniczego, przynajmniej przed 60-ką, pominąwszy przypadki zatrucia ołowiem, zapalenia nerek płonicowego i, być może, pewną ilość przypadków dny. Połączenie zaś wzmożonego ciśnienia z wadą zastawkową tętnicy głównej czyni pochodzenie kiłowe zupełnie pewnem.

Ustalenie przyczyny niedostateczności zastawek aorty niekiedy przedstawia pewne trudności; np. u osobnika 40 letniego wypadkowo stwierdzamy szmer rozkurczowy na tętnicy głównej — zachodzi pytanie, czy jest to pozostałość po starem zapaleniu wsierdzia, czy też początek kiłowego zapalenia aorty. Określenie ciśnienia tętniczego może w tych przypadkach usunąć wątpliwości.

Są zatem dwie kategorje chorych: jedni, u których ciśnienie tętnicze waha się mniej więcej około 170—70 mm Hg z nieco wzmożonem ciśnieniem maksymalnem i nieco zmniejszonem ciśnieniem minimalnem; parcie tętna (normalnie 60 mm Hg) zwiększa się do 100 mm Hg. Liczby te przy obecności dużych zmian zastawkowych mogą dojść do 190—55 mm Hg.

Ciśnienie u drugiej kategorji chorych jest zupełnie inne. Minimum jest conajmniej równe normalnemu, zawyczaj jednak osiąga 100 mm i nawet więcej — 120,140 mm. Maximum dosięga wówczas liczb niezwykle wysokich 280—300 mm Hg. Parcie tętna jest również bardzo wielkie. Do pierwszej kategorji należą przypadki niedostateczności zastawek tętnicy głównej pochodzenia durowego, gośćcowego i początkowe aortity kiłowe u osobników, u których kiła nie dała jeszcze wyraźnych sklerotycznych zmian w tętnicach i nerkach; do drugiej kategorji należą wyłącznie przypadki niedostateczności kiłowej.

A. L é m m i e r e i J. L é r e s q u e. **Przemieszczanie obrzęków obwodowych do dużych jam surowiczych w przebiegu marskości wątroby, zapalenia nerek i u chorych sercowych.** Autorzy przypominają swą poprzednią pracę (Pr. méd. N. 95, 1922), w której podawali opis przypadku marskości zanikowej wątroby z puchliną brzuszną i znacznemi obrzękami, w której przebiegu, dzięki kilkakrotnemu wypuszczeniu płynu wraz djetą bezchlorkową udało się otrzymać u chorego stopniowe zniknięcie obrzęków. W obecnym artykule autorzy podają historję choroby kobiety dotkniętej przewlekłem zapaleniem nerek z zespołem zatrzymania chlorków i mężczyzny ze znaczną niedomogą sercową na tle niedomykalności zastawki dwudzielnej. W pierwszym przypadku przewlekłego zapalenia nerek, przebiegającego z wysiękiem w prawej opłucnej, udało się autorom dzięki kilkakrotnym przekłuciom opłucnej, zmniejszyć wagę chorej w przeciągu 8-miu dni o 6,7 kg, przyczem obrzęki bardzo znaczne, których nie można było usunąć innemi sposobami leczenia, znikły. Kilkakrotne wypuszczenie płynu z opłucnej zastąpiło pracę nerek, które nie były do tego zdolne. Po każdorazowem przekłuciu płyn w opłucnej zbierał się znowu na rzecz chlorków i wody, zawartej w obrzękach. Podobnie rzecz miała się i w drugim przypadku asystolji z puchliną brzuszną i obrzękami, w którym kilkakrotne wypuszczenie płynu z jamy otrzewnej usunęło obrzęki. W obu przypadkach, w których dotychczasowe leczenie środkami moczopędnemi, djetą bezchlorkową, naparstnicą i ouabainą nie dawało żadnych wyników dodatnich, zjawienie się wysięku opłucnej w pierwszym przypadku i puchliny brzusznej w drugim było wprost opatrznościowe.

Prace Potaina, Huchard'a, Merklen'a, Barie wykazały oddawna, że płyn w opłucnej lub w otrzewnej tworzy niekiedy rodzaj tamy obwodowej dla działania naparstnicy i że często wystarcza wypuszczenie płynu, aby otrzymać poprawę. Przypadki autorów wykazują ponadto, że jama opłucnej i otrzewnej może być zbiornikiem obrzęków, wywołanych niedomogą serca lub niewydolnością nerek. Robiąc przekłucie opłucnej lub otrzewnej w istocie możemy uruchomić płyn obrzękowy i wywołać powrót jego do krwiobiegu. Dlatego też w pewnych przypadkach niedomogi sercowej lub nerkowej, nie poddającej się leczeniu nasercowemu lub moczopędnemu, zjawienie się puchliny brzusznej lub też wysięku w opłucnej jest zbawiennem powikłaniem. W przypadkach tych, stosując djetę bezchlorkową z powtarzanemi w miarę potrzeby przekłuwaniami, możemy otrzymać nie tylko chwilową, lecz i dłuższą poprawę, podczas gdy zejście śmiertelne zdawało się być nieuniknione.

Przypadki autorów potwierdzają klasyczną zasadę, aby przed stosowaniem naparstnicy lub teobrominy wypuszczać płyny chorobowe. *Aleksander Krause* (Warszawa).

Endocrinology.

Tom V. Nr. 1.

N. W. B r o w n. **Określenie stosunku czynności płatów gruczołu tarczowego.** Opierając się na badaniach B a y l i s s'a i B r u d f o r d'a z 1885 r., wykazujących zależność zmian elektrycznych od czynności gruczołów i metodzie określania jej przy pomocy galwanometru, autor ze swej strony podaje sposób porównawczego badania działalności poszczególnych płatów tarczycy elektrokardiografem. Nad jednym z płatów umieszcza się jedną elektrodę — nad mostkiem drugą. Przewodniki przeprowadza się do każdego z płatów. Stosunek różnic odchyleń w poszczególnych przewodnikach odpowiada stosunkowi czynności obu płatów. Tą metodą autor określił stosunek działalności płatów tarczycy w trzech przypadkach. Metoda ta zasługuje na uwagę ze względu na praktyczne zastosowanie.

Archives for internal medicine

Tom 30. Nr. 3.

C. E g g l e s t o n i J. W y c k o f f. **O wchłanianiu się preparatów naparstnicy u człowieka.** Na zasadzie licznych spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych autorzy dochodzą do następujących wniosków:

a) spotyka się nalewki naparstnicowe, które nie dają terapeutycznych wyników pomimo, że są biologicznie czynne, a to dlatego że się trudno wchłaniają z przewodu pokarmowego, b) nalewka napastnicowa zwykła zaczyna działać w 2 do 4 godzin po zażyciu per os, c) niektóre nalewki działają dopiero po upływie 5 godzin, d) autorzy wypracowali i opisali metodę przygotowania nalewki chloroformowej oczyszczonej, e) udowodniono, że oczyszczona chloroformem nalewka z naparstnicy wchłania się prędzej i działa pewniej niż zwykłe preparaty, f) istnieją dość duże wahania indywidualne wchłaniania się naparstnicy z przewodu pokarmowego, g) wymioty przy zatruciu naparstnicą są objawem intoksykacji serca i są wywołane odruchowo z serca, a nie z żołądka. *Andrzej Spiro.*

Annales de Médecine

Tom 12. Nr. 5. 1922.

P. M a u r i a c. **Przypadek distomatosis hepatis.** Distomatosis hepatis u ludzi należy do bardzo rzadkich schorzeń, dlatego też przypadek, opisany przez autora, nabiera szczególnej wagi, zwłaszcza, że był w ciągu dłuższego czasu obserwowany i leczony a następnie zbadany sekcyjnie. Choroba trwała 5 lat pod postacią napadów stopniowo nasilających się. Początkowo napady te ograniczały się do pewnych dolegliwości żołądkowych, jak nudności, wymioty, rozwolnienie, bóle żołądka i gorączki, a następnie wystąpiła bolesność mięśni, bóle i obrzęki różnych stawów. Napad taki trwał kilka lub kilkanaście dni. Mocz nie zawierał żadnych składników chorobowych; dopiero w dalszym przebiegu choroby zjawiło się białko w ilości 0,15 cg, w kale zaś znaleziono jaja trichocephalus i distoma hepaticum. W dalszym ciągu choroby zjawiały się naprzemian obrzęki i obfite rozwolnienia, przyczem łaknienie było zachowane, odżywienie stale jednak pogarszało się, żółtaczki nie było, wątroba — nie była powię-

kszona. Co do leczenia farmakologicznego, to podawano chorej thymol, nowarsenobenzol, emetynę i wyciąg z paproci samczej, lecz wszystko bez skutku. W końcu dołączyły się objawy tężyczki, ustępujące z pojawieniem się rozwolnienia. Zastosowano dożylne wlewania emetyku, poczem zauważono zmiany zwyrodnieniowe w jajach pasorzytów, poprawa ogólnego stanu chorej jednak nie nastąpiła. Przeciw tężyczce stosowano wapno i wyciągi z gruczołów przytarczyczuych, lecz również bez skutku, wobec czego zaniechano specyficznego leczenia i ograniczono się do kalomelu i zastrzyków surowicy. Chora umarła w stanie wybitnego charłactwa. Zabieg chirurgiczny, możliwy w innych przypadkach, tu nie dał się zastosować, ponieważ zajęty był cały miąższ wątroby.

D A ch. Klin Med.

T. 141. Z. 1. i 2. 1922.

L e c h e r. **Zawartość wapnia w prawidłowej surowicy ludzkiej i w przebiegu zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.** Wapień surowicy oznacza się sposobem de Waard'a. Krew upuszczoną naczczo, należy natychmiast odwirować. 2 ccm surowicy zadaje się 1 ccm nasyconego roztworu szczawianu amonowego i po kwadransie wiruje w ciągu 5 minut. Osad, składający się ze szczawianu wapniowego, po odciągnięciu surowicy, przemywa się 1—2 ccm wody dwukrotnie przekroplonej. Postępowanie to — wirowanie i przemywanie należy jeszcze trzykrotnie powtórzyć. Dopiero po 4 razie osad rozpuszcza się w 0,3 ccm 25% wolnego od azotynów kwasu azotowego, ogrzewa w łaźni wodnej o T. 50° i miareczkuje $n/_{100}$ roztworem $KMnO_4$. Roztwór powyższy należy każdorazowo świeżo przygotować z $^1/_{10}$ $KMnO_4$. Oblicza się na podstawie równania: 1ccm $n/_{100}$ $KMnO_4$= 0,2 mg Ca.

Normalnie surowica zawiera 11—12 mg % Ca pomiędzy 1—40 rokiem życia; później ilość ta nieco się obniża, od 55 roku życia wynosi 10,6—11,2 mg %. Poziom wapnia we krwi jest normalnie bardzo stały; prawie że nie ulega wahaniom. Po podaniu tyreoidyny — w ciągu 2—3 tygodni — stwierdzono zmniejszenie ilości wapnia we krwi. W zgodzie z powyższem jest również mniejsza ilość wapnia w chorobie Basedowa i większa w obrzęku śluzowym. W przypadkach wola wykrywano, zależnie od czynności gruczołu, normalne, większe i mniejsze ilości wapnia. Podawanie jodu u zdrowych nie wywołuje zmian w zawartości wapnia; w oddzielnych przypadkach, w których po jodzie wystąpiło zmniejszenie ilości wapnia we krwi, należy przyjąć działanie jodu na gruczoł tarczowy. Po antytyreoidynie nie widzimy zwiększenia ilości wapnia we krwi; przeciwnie w 3 przypadkach stwierdzono dość znaczne zmniejszenie.

Zastrzykiwanie wyciągów z przysadki i nadnerczy powoduje zmniejszenie ilości wapnia. W 2 przypadkach dystrophia adiposo-genitalis stwierdzono zwiększoną ilość Ca. Wręcz odwrotne działanie mają gruczoły przytarczycowe. W tężyczce ilość wapnia we krwi jest znacznie zmniejszona. Wpływ gruczołów płciowych na gospodarkę wapniową nie jest stały. W ciąży stwierdzono normalne i zmniejszone ilości wapnia we krwi. *Józef Landsberger* (Warszawa).

Amer Journal of Medic. Sciences.

Nr. 1.

S. N e u h o f. **Śmiertelny przypadek bloku serca; przyczynek do etjologji trzepotania przedsionków.** W powyższym przypadku główne zmiany anatomo-patologiczne dotyczyły naczyń wieńcowych, naczyń przebiegających w węźle Tawary oraz samego mięśnia sercowego w okolicy węzła. Naczynia wieńcowe były zgrubiałe, stwardniałe, jednak drożne, natomiast naczynia wśródwęzłowe — zupełnie zwapniałe; bliższe zbadanie wykazało, że cząstki mięśnia sercowego, otaczające węzeł, uległy zwyrodnieniu. Autor utrzymuje, iż zwapnienia, stwierdzone na sekcji musiały się tworzyć przez długi czas, jednak chory w chwili śmierci liczył 80 lat, a niedomoga sercowa wystąpiła dość nagle, zapewne wskutek ostatecznego zamknięcia światła naczynia, odżywiającego węzeł. Przypadek autora przemawia za poglądem, że dłużej trwająca sprawa chorobowa w tętnicach prowadzi do stopniowego wyrównania krążenia drogą anastomoz; naczynia wieńcowe nie są tętnicami końcowemi.

E. E m e r y. **Obraz krwi w przypadkach obrzęku śluzakowego.** Autor zbadał krew 14-tu osobników z obrzękiem śluzakowym. Okazało się, że ta jednostka chorobowa nie wywołuje żadnych charakterystycznych ani stałych zmian w obrazie krwi. Zwykle spostrzega się niedokrwistość wtórną miernego stopnia. Ilość hemoglobiny jest nieco zmniejszona, ilość białych ciałek waha się w granicach normy. Na preparatach barwionych autor stwierdzał nieznaczne zmniejszenie się ilości wielojądrzastych obojętnochłonnych na korzyść limfocytów. Stopień niedokrwistości nie był w związku z czasem trwania sprawy chorobowej.

Archives of internal medicine.

T. 30. Nr. 6.

B. G o c k w o o d, C. C h a m b e r l a i n. **Działanie atropiny na czynność żołądka.** Autorzy stwierdzili, iż atropina zmniejsza zarówno czynność wydzielniczą jak i ruchową żołądka. Działanie to jest słabiej wyrażone u człowieka w porównaniu z innemi zwierzętami. Maksymalna dawka atropiny zmniejsza ogólną kwasotę żołądka i ilość wolnego kwasu solnego o 30%. Ta sama dawka przedłuża czas opróżnienia się żołądka po próbnem śniadaniu Evalda o 10 minut. W treści żołądkowej znajdujemy zwykle nieco więcej żółci, zapewne wskutek zwiotczenia mięśniówki odźwiernika.

The Jo rnal of the Am. Med Assotiation.

H. M. R e e s, E. E c k e r. **Dogodny sposób obliczania płytek krwi.** Przygotowujemy płyn do rozcieńczenia krwi, składający się z 3,8% roztworu cytrynianu sodu, 0,2% roztworu formaldehydu i 0,1% roztworu błękitu brylanto-kresylowego. Mieszalnikiem do liczenia czerwonych krążków nabieramy płynu do podziałki 0,5 oraz krwi z palca do podziałki 1. Rozcieńczamy krew do podziałki 201. Obliczamy płytki w kamerze Thoma-Zeissa nie wcześniej, niż po upływie 10-u minut od wpuszczenia kropli mieszaniny do kamery. Dbać należy o pedantyczną czystość kamery i mieszalnika, gdyż łatwo może wystąpić hemoliza.

A. Spiro (Warszawa).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 40. 1922.

A. H e l l w i g i S. M. N e u s c h l o s z. **Przyczynek do rozpoznawania czynności tarczycy.** Badania jednego z autorów i Ellingera wykazały, że preparaty hormonowe jak też preparaty tarczycy, użyte in vitro, zmieniają w znacznym stopniu lepkość surowicy, a mianowicie: małe ilości preparatów tarczycy zmniejszały, gdy duże ilości, natomiast, zwiększały lepkość. Jak przekonały badania chorych na tarczycę, te same stosunki zachodzą i w ustroju. Lepkość surowicy zależy jednak i od zawartości białka, na co mogą wpływać chemicznie i fizycznie rozmaite środki lekarskie. Ustalono, że surowice o jednakowej zawartości białka mogą mieć różną lepkość i ta różnorodność jest znamienną dla zaburzeń tarczycowych. Autorzy, rozcieńczając do pewnego, określonego stopnia surowicę człowieka zdrowego i określając następnie lepkość, ułożyli tablicę, w której dla każdego rozcieńczenia można znaleźć odpowiednią lepkość. Określiwszy w badanej surowicy ilość białka i lepkość, odnajdowali według tablicy lepkość, odpowiadającą danej zawartości białka i dzielili przez tę ostatnią lepkość danej surowicy i otrzymywali pewien współczynnik. W warunkach prawidłowych równał się on 1. Współczynnik ten zmienia się w rozmaitych schorzeniach jak choroby zakaźne, zatrucia, zapalenie nerek, pod wpływem środków moczopędnych i nasercowych, dlategoteż, badając wpływ tarczycy na lepkość, należy wykluczyć wszystkie powyższe czynniki. W przypadkach nadczynności tarczycy współczynnik był mniejszy od 1; w przypadkach niedomogi tarczycy — większy od 1. Klinicznie wyleczone przypadki tarczycowe mają współczynnik zbliżony do 1. Współczynnik ponad 1,04 świadczy o niedomodze tarczycy, a mniejszy 0,96 — o nadczynności tarczycy. Po zoperowaniu wola lepkość początkowo nadmiernie wzrasta następnie zaś spada. Między Basedowem a nadczynnością tarczycy (thyreoidismus) istnieją w stosunku do lepkości tylko różnice ilościowe.

Władysław Arciszewski.

Klinische Wochenschrift.
Nr. 12–17. 1923.

M. Drossbach. **Stosunek lepkości krwi do krwinek, wpływ kofeiny na lepkość krwi.** Według autora wyniki badań nad lepkością krwi zapomocą przyrządu Hessa były nieścisłe, gdyż podlegały wpływom ciśnienia potrzebnego do przesunięcia krwi. Autor zwrócił uwagę na związek między lepkością i ciśnieniem (Transpirationsdruck). Zamiast gumowego balonika stosował bezpowietrzną butelkę, której siłę przysysającą można było zmieniać pod kontrolą manometru. Tym sposobem określano lepkość tej samej krwi przy różnem ciśnieniu. Badano w zakresie od 150 mm do 10 mm Hg. Okazało się, że przy spadku ciśnienia, mianowicie od 50 mm Hg, lepkość się zwiększa z początku powoli, potem coraz więcej. U zdrowych osobników wynosi to zwiększenie 15—20%; np. przy 150 mm Hg = 4,1, przy 10 mm Hg = 4,9. Badania surowic oraz czerwonych krwinek w roztworze soli izotonicznych, hyper- i hypotonicznych wykazały, że liczba czerwonych krwinek i ich objętość wpływają na zależność lepkości od ciśnienia. Czerwone krwinki w roztworach hypertonicznych wykazywały lepkość jednakową przy różnem ciśnieniu, krzywa była linją prostą; w hypotonicznych roztworach lepkość wzrastała do 30% przy spadku ciśnienia. Za pomocą hematokrytu autor sprawdził zmiany objętościowe: zmniejszenie i zwiększenie objętości do 10% przy jednakowej liczbie czerwonych krwinek. W stanach patologicznych autor nie stwierdzał uchyleń, z wyjątkiem niedokrwistości; przy obrzękach występowały zmiany, zależne od mniejszej różnicy między wysokiem i nizkiem ciśnieniem, koło 6%. Co się tyczy kofeiny, to Ellinger zauważył zmniejszanie lepkości; autor zaznacza znaczne uchylenia w lepkości na szczycie działania kofeiny. Przy zmniejszonem ciśnieniu lepkość zwiększała się do 30%—35% w stosunku do normalnej, wynoszącej 15% do 20%. Ponieważ autor zauważył podobny stosunek w czerwonych krwinkach w roztworach hypotonicznych, to określał objętość czerwonych ciałek na szczycie działania kofeiny, więc w okresie, kiedy zależność lepkości od ciśnienia była bardzo znaczna. Objętość czerwonych ciałek była wtedy zwiększona od 8%—10%. Z badań tych wynika, że pod wpływem kofeiny objętość czerwonych ciałek znacznie się zwiększa.

F. Kaue. **Obecność białka w żółci i jego znaczenie rozpoznawcze.** Na podstawie badania żółci na białko autor wysnuł następujące wnioski: 1) w normalnej treści dwunastnicy niema ścinających się białek; obecność ich świadczy o schorzeniu wątroby lub dróg żółciowych. Substancje białkowe występują wskutek stanu zapalnego dróg żółciowych albo wskutek przepuszczalności ścian schorzałej komórki wątrobowej. 2) Obecność białka w żółci w związku z innemi objawami może służyć do rozpoznania umiejscowienia choroby. Np. rozpoznanie waha się między zapaleniem pęcherzyka żółciowego i wrzodem dwunastnicy; białko w żółci przemawia za zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Kamica wątrobowa bez żółtaczki i kamica nerkowa: białko w żółci przemawia za schorzeniem wątroby. Płyn w jamie brzusznej, którego pochodzenie waha się między wątrobą zastoinową i marskością wątroby: brak ścinającego się białka przemawia za marskością wątroby, obecność białka — za zastoinową wątrobą. Z badań tych wynika, że obecność ścinającego się białka w żółci może być wskaźnikiem rozpoznawczym.

E. Witebsky. **O wpływie chlorku wapnia na odczyn Sachsa Georgiego.** Jednym z odczynów do wykazania kiły serologicznie jest tak zwany »wczesny odczyn odwracalny«, polegający na tem, że przy zmieszaniu surowicy nieczynnej z wyciągiem z narządu (serca wołowego) występuje po upływie kilku godzin kłaczkowaty osad, który znika przy przetrzymaniu surowicy w cieplarce. Odczyn ten jednak nie jest swoisty dla kiły, gdyż występuje także w surowicy osobników gruźliczych, nowotworowych, ciężarnych, a więc w surowicy takiej, gdzie zachodzi chwiejność (Labilität) substancji białkowych we krwi. Autor przeprowadził badania te z dodaniem $CaCl_2$ i wykazał, że sole te wzmagają wypadanie wczesnego kłaczkowatego osadu. Według Neukircha sole wapniowe, zarówno magnezowe strącają wyciąg z narządu lepiej niż sól kuchenna. Do odczynu autor stosował płyn fizjologiczny, zawierający $^1/_{15}$—$^1/_{18}$% $CaCl_2$ + 6 wody albo $^1/_{40}$ do $^1/_{50}$ % $CaCl_2$ siccum. Do badań brał 0.5 cm 5-krotnie rozcieńczonej nieczynnej surowicy + 0,25 cm 6-krotnie rozcieńczonego cholesterynowego wyciągu z serca wołowego. Rozcieńczenie robiono 1) z 0,85% NaCl, 2) 0,85% zawierającym $CaCl_2$. Wyniki oglądano po 2—3 godzinach po przetrzymaniu w cieplarce.

Wyniki badań, prowadzone równolegle 1) z NaCl 2) NaCl + sole wapniowe, były następujące: 1) Na surowice z Wa (+) dodatnim, $CaCl_2$ nie wpływał zupełnie, względnie zwiększał wypadanie osadu. Charakterystyczne jest to, że o ile najwyższy stopień wypadania osadu nie wystąpił po 2—3 godz., to przy przetrzymaniu surowicy w cieplarce, osad się zwiększył. 2) Surowice z Wa (—) ujemnym pod wpływem $CaCl_2$ nie zmieniały się.

W pewnej grupie schorzeń pod wpływem $CaCl_2$ odczyn był dodatni, dosyć wczesny, potem znikał. Nieswoiste wczesne odczyny dodatnie bez $CaCl_2$ wzmagały się pod wpływem $CaCl_2$. Badania porównawcze wykazały, że działanie $CaCl_2$ jest wybitniejsze, jeżeli wyciąg z narządu jest rozcieńczony solą kuchenną, zawierającą $CaCl_2$, co zmniejsza dyspersję cząsteczek wyciągowych (Dispersitätsvergröberung) i powoduje zwiększone wypadanie. Odczyn dodatni występuje w gruźlicy, ciąży, wrzodzie miękkim, rzeżączce, cukrzycy, zapaleniu nerek, niedokrwistości i zależy od chwiejności białka we krwi; występuje więc w surowicach z przyśpieszonem opadaniem krwinek. Pod wpływem $CaCl_2$ występuje 1) zmniejszona dyspersja cząsteczek wyciągowych, 2) wzmożenie stanu kolloidalnego globulin. Odczyn ten ma wielkie znaczenie zwłaszcza w gruźlicy czynnej; ujemny wynik w obecności $CaCl_2$ pozwala wyłączyć czynny proces gruźliczy.

M. Bönniger i W. Herrmann. **O szybkości opadania krwinek i ich objętości.** Badania nad szybkością opadania krwinek nie uwzględniały ich objętości. Wiadomo, że w ciężkich anemjach szybkość opadania jest zwiększona. Im mniejsza jest objętość krwinek, tem opadanie jest szybsze; dlatego też u kobiet szybkość opadania jest większa. Abderhalden uzależnia opadanie krwinek od masy ciałek; twierdzi on, że należy badać opadanie krwinek z jednakową ilością krwi; nie uwzględnił on jednak błędu, który zależy od różnych objętości krwinek. Do badań brał osocze, które otrzymywał z krwi ze szczawianem. Krew z cytrynianem lub szczawianem w stosunku 4 : 1, wykazywała różne rozcieńczenie osocza, zależnie od objętości krwi, gdyż te sole nie przenikają do krwinek. Przy 50% objętości krwinek, rozcieńczenie 2:1 w roztworach izotonicznych; przy objętości 25% rozcieńczenie 3 : 1. Wpływa to na przyśpieszenie opadania w niedokrwistości zarówno dzięki zwiększonemu stężeniu osocza oraz zmniejszonej zawartości soli.

Przy stosowaniu szczawianu lub cytrynianu, należy ustalić objętość krwinek i stosować takie rozcieńczenie, ażeby osocze zawierało zawsze równą ilość cytrynianu.

Z badań autora wynika, że szybkość opadania przy normalnej lub nadnormalnej objętości nie różni się wielce; większe różnice wyraźniej występują przy mniejszych objętościach. Przy policytemji (objętość krwinek 60) nie można po godzinie ustalić opadania. Niedokrwistość złośliwa wykazuje znaczne przyśpieszenie opadania w małych objętościach; nie wykazuje natomiast znaczniejszego przyśpieszenia opadania w stosunku do normy przy objętości 42 (sztucznie zastosowanej). W błednicy szybkość opadania jest niżej normy; występuje wyraźnie, jeżeli według podanej metody przystosować rozcieńczenie osocza do ilości osocza; w tych warunkach i w niedokrwistości złośliwej niema znacznego przyśpieszenia. W gruźlicy przyśpieszenie opadania jest uwarunkowane zmniejszeniem objętości krwinek. Zdaniem autora w badaniach tych należy uwzględnić objętość krwinek.

B. Mendel. **Objaw uszny w zapaleniu opon mózgowych.** Według Goldscheidera długotrwałe drażnienie bólowe (próba z zaciskaczem skóry) prowadzi do wzmożonej pobudliwości odpowiedni odcinek (rdzeniowy) łuku czuciowego. Nadmiar podrażnienia w komórkach węzłów nerwowych prowadzi do promieniowania tego podrażnienia na inne drogi nerwowe,

które również okazują wzmożoną pobudliwość (Irradiation). Nadczułość patologiczna może pozostać skryta i dopiero występuje pod wpływem nowego podrażnienia. Zjawisko to autor zaobserwował w zapaleniu opon mózgowych. Opony są unerwione przez gałązkę czuciową nerwu błędnego (gałązka oponowa — ramus meningeus), która zaczyna się w komórkach zwoju szyjnego; stąd też biegnie gałązka czuciowa nerwu błędnego (gałązka uszna — ramus auricularis) do tylnej ściany zewnętrznego przewodu słuchowego. W przebiegu nerwu błędnego występują zwój szyjny i zwój węzłowy, odpowiadające w czynności swej węzłom spinalnym, można więc przypuszczać, że podrażnienie, idące z opon z gałązek oponowych wpływa na węzeł szyjny, stąd na gałązkę uszną, i w obrębie tego nerwu wywołuje nadwrażliwość. W zapaleniu opon mózgowych ucisk palcem lub zgłębnikiem na tylną ścianę zewnętrznego przewodu usznego jest bardzo bolesny. W przypadkach wątpliwego rozpoznania zapalenia opon mózgowych występuje również nadczułość tylnej ściany zewnętrznego przewodu słuchowego. Jest to wczesny objaw w zapaleniu opon mózgowych, »Auricularisphänomen«, występujący nawet wtedy, kiedy brak innych objawów, jak sztywności karku, Kerniga, nadwrażliwości skóry, porażeń. Autor stwierdził powyższy objaw w kilku przypadkach gruźlicy opon mózgowych i zapalenia opon mózgowych.

A. L. Molnár. **O refrakcji płynu mózgowo-rdzeniowego.** Na podstawie licznych badań płynu mózgowo-rdzeniowego w najrozmaitszych przypadkach autor twierdzi, że zawartość białka w płynie zwiększa się na korzyść globulin i że zmiany białka w płynie można wykazać pośrednio refraktometrycznie. Wskaźnik refraktometryczny wahał się między $1{,}334^{86}$ do $1{,}335^{86}$; u osobników zdrowych $1{,}334^{86}$ — $1{,}335^{17}$, średnio $1{,}335^{10}$. W schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego wskaźnik refrakt. przekracza średnią wartość; w tężcu i kile waha się między średnią wartością i górną jej granicą, rzadko przekracza tę liczbę: tak też jest w zapaleniu surowiczem opon mózgowych i zapaleniu mózgu. W nowotworach mózgu i rdzenia wskaźnik wzrasta. Najniższa wartość w tych przypadkach $1{,}335^{32}$, najwyższa $1{,}335^{86}$. Określanie wskaźnika refraktometrycznego stanowi czynnik pomocniczy, zwłaszcza, że wystarcza 1 kropla płynu do badania. Wartości refraktom. nie idą jednak równolegle ze zmianami globulinowemi; może to zależeć od ogólnej ilości białka, która się nie zmienia i globuliny zwiększają się kosztem albumin, albo zwiększenie się globulin nie zmienia zasadniczo wskaźnika refraktometrycznego, co jest niezgodne z dotychczasowemi badaniami, gdyż według Reissa globuliny mają wskaźnik refrakt. wyższy niż albuminy. *Bronisław Szuldberg* (Warszawa).

Laryngologja.

Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.
Nr. 17. 1921.

Vernieuve. **Mniemane zapalenie zatoki szczękowej u oseska.** Autor na podstawie danych piśmiennictwa i dwóch własnych spostrzeżeń dowodzi, że zapalenie ropne zatoki Highmora u oseskόw nie istnieje, zatoka ta bowiem w pierwszym miesiącu życia przedstawia pod przednim końcem muszli środkowej maleńkie lejkowate wgłębienie, do którego przeniknąć można bardzo cienkim zgłębnikiem. Niema więc wprost miejsca, gdzieby takie zapalenie mogło się rozwinąć. To zaś, co w piśmiennictwie nosi to miano, jest właściwie ostrem zapaleniem szpiku kostnego szczęki górnej. Cierpienie to w porównaniu z zapaleniem szpiku kostnego szczęki dolnej jest bardzo rzadkie, co zależy od unaczynienia, a stąd od odżywiania kości; podczas bowiem kiedy szczękę górną unaczynia tętnica szczękowa wewnętrzna ze wszystkiemi bocznemi połączeniami, szczęka dolna otrzymuje krew tylko od dwóch tętniczek nie mających połączeń. Zapalenie to zdarza się przeważnie w pierwszym miesiącu życia, jak to widać z pracy Landwehrmanna, który zebrał 27 przypadków, z tych zaś 60% przypadło na ten okres życia oseska. W opisanych przez autora przypadkach cierpienie rozwinęło się u dzieci zdrowych gorączką wysoką i obrzmieniem pod okiem, które powiększając się, zakryło oko, przyczem to ostatnie było zdrowe. Cięcie wzdłuż dolnego brzegu oczodołu dało ujście ropie z domieszką krwi; założono dren, który wyprowadzono nad wyrostkiem zębodołowym, przyczem wyszedł zarodek zębowy, jednocześnie ropa pokazała się z nosa. Później kolejno pokazywały się niewielkie martwaki. Sprawa skończyła się pomyślnie w obu przypadkach w ciągu 3 miesięcy.

Autor rozpatruje drogi zakażenia szczęki górnej. Za najczęstszą należy uważać drogę ustną. Zadraśnięcie, zranienie śluzówki na brzegu zębodołowym oseska może powodować zakażenie, przyczem zniszczenie zarodków zębowych nie jest przyczyną lecz następstwem cierpienia.

Drugą, również częstą drogę zakażenia stanowi łącznica i skóra oka oraz, zdaniem Brown-Kelly'ego, woreczek łzowy. Ten ostatni w pierwszym miesiącu stanowi jeszcze ślepy woreczek bez ujścia do nosa, od którego oddziela się podwójną warstwą nabłonka woreczkowego i nosowego z bardzo nieznaczną domieszką tkanki łącznej pomiędzy temi warstwami. Woreczek wypełnia masa galaretowata. Z czasem pod wpływem ciśnienia tej masy dno staje się cieńsze wreszcie pęka i masy galaretowate wydzielają się do nosa. Zakażenie powstałe tą drogą spostrzegali Dupidin, Bonchut, Rees, Brown-Kelly, wreszcie autor. Najrzadszą drogę zakażenia, teoretycznie wszakże możliwą, przedstawia nos, co jak widzieliśmy zależy od bardzo powolnego, zależnego od rozwoju zębów, zwiększania się zatoki szczękowej.

G. Caanyt. **Ciśnienie tętnicze i wartości oscillometryczne w otorhinolaryngologji.** Autor zwraca uwagę na ważność mierzenia ciśnienia tętniczego przed i podczas dokonywania operacji w dziedzinie chorób nosa, gardła, uszu, oraz wszelkich operacji czaszkowych i szyjnych, jak również przed przystąpieniem do leczenia chorych, cierpiących na szum w uszach, zawroty głowy, krawienia. Pomiarów dokonywał zapomocą oscillometru Pachona, ustalając ciśnienie najwyższe i najniższe. Niskie ciśnienie przed zabiegiem operacyjnym, kazało być ostrożnym z użyciem kokainy, jeszcze bardziej je zmniejszającej, naodwrót wysokie ciśnienie ostrzega przed stosowaniem zwiększających ciśnienie większych doz adrenaliny, dodawanej do nowocainy.

W leczeniu chorych usznych z szumem lub zawrotem pomiary ciśnienia wskazują, że w jednej grupie przypadków mamy do czynienia ze zwiększonem ciśnieniem i tu obok KJ, NaJ nieraz zawodzących, najlepiej działa djeta mleczno-roślinna. U chorych ze zmniejszonem ciśnieniem, często doskonałe wyniki dawała adrenalina od 10 do 20 kropel zrana i wieczorem, a nawet stosownie do wskazówek Gleya i innych wyciąg z nadnercza w ilości od 20 do 40 cg dziennie; naturalnie nie trzeba zapominać o leczeniu ogólnem. Tożsame wyniki otrzymał autor w zawrotach głowy kierując się wskazówkami oscillometrycznemi. Pomiary ciśnienia u chorych z krwotokami zwłaszcza nosowemi, pozwalają zastosować leczenie racjonalne i nieraz odkrywają pierwsze poważne zaburzenia nerkowe, będące powodem krwotoków, które naturalnie w takich razach należy strzedz się zatrzymywać. *J. S.*

Chirurgja.

La Presse Médicale.
Nr. 1. 1923.

B. Filho. **Wgłobienie wyrostka robaczkowego.** Filho stosuje wgłobienie wyrostka robaczkowego nietylko w stanach przewlekłego zapalenia, lecz i w celach zapobiegawczych podczas różnych operacyj brzusznych. Wgłobienie jest niewykonalne w przypadkach ostrych, w przypadkach pęknięcia wyrostka i w stanach przewlekłego zapalenia z zanikiem światła wyrostka. Po podwiązaniu krezeczki, wgłobia się wierzchołek wyrostka do podstawy zapomocą zgłębnika. Przed wgłobieniem wyrostka do kątnicy ściska się go u podstawy kleszczykami dla przerwania krwiobiegu. Na zakończenie zakłada się jeden szew na ścianę kiszki. Miażdżyć wyrostka u podstawy nie należy, gdyż powoduje to niemożność wgłobienia.
G. Perzyński (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 kwietnia 1923.

Przewodniczy kol. Zieliński. Obecnych 114.

1. Kol. Ostrowski Tadeusz przedstawia 2 przypadki po operacji **wyjęcia nerki z powodu roponercza.** Strona djagnostyczno-kliniczna zasługuje na uwagę. W pierwszym przypadku u kobiety l. 32 choroba trwała od 7 miesięcy — guz zajmował prawie połowę brzucha, nie dając objawów subjektywnych prawie żadnych, ze strony dróg moczowych żadnych — mocz kwaśny — nieco białka. Ginekolog rozpoznał torbiel jajowodową ze zrostami z powodu skrętu szypuły. Cystoskopia wykonana przez O. wykazała wydzielanie się strumienia ropy z moczowodu prawego; próba z indygo dała mocz zabarwiony z lewego moczowodu po 8 minutach. Azot pozabiałkowy 59.5 mg. w 100 ccm krwi. Nerka wyjęta przedstawia wielki worek o cienkich ścianąch, wypełniony ropą. Wynik pooperacyjny zupełnie dobry. W przypadku drugim, dotyczącym kobiety l. 22, cierpienie rozpoczęło się przed 4 miesiącami nagłym atakiem bólu w podżebrzu lewem, parciem na mocz i częstem oddawaniem moczu. Cystoskopem stwierdził O. drobne owrzodzenie w okolicy prawego ujścia moczowodu, okolica lewego tylko lekko obrzękła. Mocz zebrany osobno z każdej nerki zapomocą zgłębników moczowodowych był kwaśny, z lewej jałowy, z prawej zawierał bardzo liczne prątki okrężnicy, wyosobnione przez Zakład higjeny. Kilkakrotne poszukiwania w moczu prątków Kocha dały wynik ujemny. Pirquet dodatni. Próba z indygo dała mocz zabarwiony z lewej nerki po 10 minutach. Azot pozabiałkowy 50.5 mg. w 100 ccm krwi. Kilkakrotne przepłukiwanie miedniczki nerkowej prawej dawało krótkotrwałe polepszenia, wobec czego wykonał O. wyjęcie nerki prawej, która wykazała typowe zmiany roponercza ze znacznem zniszczeniem miąższu nerkowego. Cystoskopja wykonana w 6 tygodni po operacji wykazała ustąpienie zmian pęcherzowych w okolicach ujścia moczowodów.

2. Kol. Słęk przedstawia a) **Pięć przypadków z chirurgji dróg żółciowych,** a mianowicie z przewlekłem zamknięciem przewodów wspólnych kamieniami.

Przypadki powyższe, ze względu, że prócz wyłuszczenia woreczka żółciowego, musiano dodać nacięcie przewodu wspólnego, należały do przypadków trudnych, zwłaszcza 1. przypadek, w którym, przez nacięcie dwunastnicy zdołano się dostać do kamienia, uwięźniętego w papilla Vateri.

Ze względu na zmiany w samych przewodach i w wątrobie, sączkował przewody sączkiem gumowym w kształcie litery T. uważając, że zeszycie przewodów i jamy brzusznej byłoby nazbyt śmiałe, pomimo zaleceń Haberera, Rottera i innych.

Zdaniem S sączkowanie łożyska woreczka i przewodów, zwłaszcza w podobnych przypadkach, jest konieczne i wskazane, gdyż wydzielinę odprowadza na zewnątrz z naddartych małych przewodów wątrobowych, chroni od nagromadzenia się krwi i następowych krwawień do jamy brzusznej.

Pomimo tego postępowania stracił jedne chorą w 24 g. po operacji, gdyż krwawienie ze skóry i tkanek, pomimo poprzedniego przygotowania do zabiegu, było tak znaczne, że musiało wpłynąć, jak też i sam ciężki zabieg u chorej ze zmianami w sercu, na zejście wśród objawów niedomogi serca. Pozostałe przypadki zabieg zniosły zupełnie dobrze.

b) Szereg przypadków **nowotworów jelita grubego,** a mianowicie:

E. S. lat 57. Carcinorna flexurae sigmoid. subsequente stenosi.

Resectio flexurae sigmoid. Zeszyto odcinki esicy, koniec z końcem.

F. Z. lat 38. Carcinoma flexurae hepaticae, stenosis.

Resectio flexurae hepaticae. Ileo-colostomia.

c) B. K. 47 lat. Carcinoma flex. hepat.

Zabieg: Resectio flex. hepat. wraz z kątnicą. Ileo-colostomia.

Pierwsze 2 przypadki zniosły zabieg operacyjny zupełnie dobrze.

Trzeci chory zmarł z powodu wyniszczenia rakowego 6. dnia po zabiegu.

Przy nowotworach kiszki grubej trzymamy się zasady operowania jednoczasowego, a zwracamy uwagę, by dla wzmocnienia szwów pokrywać je siecią.

W dyskusji kol. Bącz sądzi, że wobec większego upadku sił chorego, przy osłabieniu serca osobliwie u osób starszych, dalej wobec niedrożności lub silnych zrostów nowotworu należy wykonywać zabieg doszczętny dwuczasowo sposobem Mikulicza.

3) Kol. Skrowaczewski przedstawia żołn. z oddziału usznego szpit. okręg. z **tętniakiem okolicy ucha,** powodującym częste krwotoki z ucha.

W dyskusji kol. Fels proponuje w takich przypadkach leczenie zachowawcze zapomocą ucisku. W odpowiedzi mówca zaznacza, że zabieg chirurgiczny jest tak niewinny i prosty, że powinien zachęcać do racjonalnego wyleczenia. Kol. Słęk spostrzegał podobny przypadek. Uraz belką w głowę spowodował w okolicy ucha obrzmienie. Po upływie 14 dni wykonana punkcja przekonała o zawartości krwawej. Wyjęto tegoż samego dnia skrzepy. Dopiero dwukrotny nawrót krwawienia wyjaśnił, że się ma do czynienia z tętniakiem. Podwiązanie spowodowało zupełne wyleczenie.

4) Kol. Schilling-Siengalewicz wygłasza odczyt pod tyt. »**Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego i splotu naczyniówki mózgowej pod wpływem ostrych zatruć wywołanych arsenem i tlenkiem węgla.** (Odczyt przeznaczony do druku).

W dyskusji kol. Beck podkreśla ważność tych badań z punktu widzenia fizjologji, gdyż zagadnienie mechanizmu czynnościowego splotu naczyniówkowego w nauce nie jest do dziś dnia wyświetlone. Przytacza badania Stern'a i innych i zachęca do dalszych dociekań w tym kierunku. Kol. Leszczyński łączy zagadnienie funkcji splotu naczyniówkowego z leczeniem lumbalnem. Stosowanie tego leczenia w przypadkach przełamania barjery naczyniówki wydaje mu się zbrodnią. Przypomina zresztą, iż odczyn Wassermanna jest niezależny w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi. Kol. Rothfeld uważa, że szczęśliwie uchwycona metoda pozwala różnicować typy uszkodzeń wału ochronnego układu nerwowego centralnego i może dać nam skuteczny sposób dla śledzenia wybiórczości w zaatakowaniu przez pewne jednostki chorobowe poszczególnych odcinków mózgu, naprz. jak przy spornych zapatrywaniach na działanie zarazka grypy, encephalitis epidemica i t. p.

Kol. Franke we własnych badaniach nad płynem mózgowo-rdzeniowym zatrzymał się przedewszystkiem nad chemizmem. W toku badań nad patogenezą mocznicy zwracał uwagę również na zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego po wprowadzeniu najrozmaitszych trucizn i między innemi wstrzykiwał psom także salwarsan, choć w mniejszych dawkach niż mówca. Badał zachowanie się azotu, który podobnie jak i cukier nie wykazywał po salwarsanie znaczniejszych odchyleń od normy; chlorki przedstawiały nieraz pewien spadek. Na podstawie powyższych wyników mówca wnioskuje, że salwarsan nie powoduje poważniejszych zmian w chemizm'e płynu mózgowo-rdzeniowego u zwierząt. Przeprowadzone badania nasuwają myśl o istnieniu pewnego pokrewieństwa między funkcją splotu naczyniowego a funkcją nerek i dają wskazówki do zastosowania analogicznych metod przy badaniu czynności splotu naczyniowego. Kol. mówca zastosował tylko metodę chromoskopową, nie uwzględniał jednakże zachowanie się wydzielania ciał jak soli i cukru, dalej wody, co mówca uwzględniał we własnych doświadczeniach. Pierwsza metoda wykazuje pewną niezgodność z wynikami drugiej, co tak często się widzi w czynnościowem badaniu nerek. Te spostrzeżenia pozwalają na wniosek, że najprawdopodobniej nie ma paralelizmu między wydzielaniem chemicznem a barwnikowem splotu naczyniowego. Szczegółowe badania mówcy pozwalają tylko na ocenę wydzielania barwików przez splot naczyniowy, a nie mogą przesądzać o sprawności wydzielniczej splotu naczyniowego w innych kierunkach naprz. soli i wody.

Kol. Ostrowski Tadeusz zauważa, że chromoskopja za pomocą błękitu trypanu może oddać usługi w chirurgji mózgu n. p. przy wodogłowiu wewnętrznem, gdzie zmiany patologiczne w plexus chorioideus uzależniają nieraz powstawanie wodogłowia. Wobec zalecanego przez Dandy wyłuszczania w takich przypadkach plexus chorioideus, chromoskopja może nam dawać usługi w kierunku rozpoznawania tych zmian jeszcze przed zabiegiem operacyjnym, na wzór chromoskopji nerek; metody tej nie możemy uważać za zbyt ścisły sposób badania czynnościowego, jednak w praktyce może się ona okazać pożyteczną, a doświadczenie kliniczne o tem zdecyduje.

W odpowiedzi przemawiał mówca.

W. Janusz, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. Koło chełmskie.

Przy założeniu 25. XI. 1919 r. Koło liczyło 5 członków, w roku 1921 zmarł jeden kolega (Dr. Marjan Dobrzański) i jedna koleżanka (Dr. Janina Młodowska), p zybyło w ostatnich dwóch latach dziesięciu członków tak, iż w końcu roku 1922 do Koła należało 13 członków. Przez pierwsze dwa lata działalność Koła ze względu na współczesne wypadki polityczne w Państwie była słaba, żywszą się staje dopiero w roka 1922.

Do 1 maja 1922 r. Koło odbyło 6 posiedzeń, poświęconych sprawom organizacji i zawodowym lub sprawom natury społecznej.

Ze spraw organizacyjnych wybrano Zarząd, składający się z przewodniczącego Dr. E. Łuczkowskiego, sekretarza Dr. T. Gniazdowskiego, skarbnika Dr. W. Majewskiego, postanowiono zbierać się na wspólne posiedzenia raz na miesiąc w poniedziałki po pierwszym każdego miesiąca, oznaczono miesięczne wkładki, początkowo 100, później 500 marek miesięcznie i dodatki na zakupno książek, które mają tworzyć zaczątek przyszłej bibljoteki Koła. Do chwili powstania bibljoteki uchwalono wymieniać między sobą własne przeczytane książki i czasopisma.

Ze spraw zawodowych na posiedzeniach rozpatrywano ustawę o praktyce lekarskiej, o Izbach Lekarskich i ustawę o felczerach.

Radzono o potrzebach i współdziałaniu z P. A. K. P. Dzieciom i postanowiono udzielać dzieciom biednym bezpłatnej pomocy, pomagać w utworzeniu oddziału dla chorych dzieci w szpitalu miejskim, co w krótkim czasie zostało uskutecznione. Udzielano również pomocy lekarskiej przez kwalifikowanie dzieci stosownie do stanu ich zdrowia przy wysyłaniu ich na kolonie letnie, jakoteż pomagano w stworzeniu półkolonij.

Na dwóch posiedzeniach rozpatrywano działalność lekarską i zachowanie się pod względem etyki lekarskiej dwóch kolegów, co do których wydano odpowiedni sąd koleżeński.

Ze spraw natury narodowej i społecznej należy podkreślić postanowienie Koła z dnia 12. VII. 1920 r. oddania się na usługi Armji Polskiej; dnia 18. VI. 1920 roku uchwalono poprzeć czynnie nabycie pożyczki państwowej.

Dnia 1. V. 1922 r. odbyło się pierwsze posiedzenie wspólne Koła z kolegami — lekarzami wojskowymi ze szpitala Okręgowego w Chełmie, należącymi do Sekcji Sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. Te wspólne posiedzenia, odbywające się przeciętnie dwa razy miesięcznie, okazały się korzystne dla Koła ze względu na bogaty materjał kliniczny w wojskowym Szpitalu Okręgowym i na prace specjalistów lekarzy, którzy pracują w szpitalu. Wspólnych posiedzeń, zapoczątkowanych przez Koło odbyło się do końca roku 1922 — trzy. Na posiedzeniach tych wygłoszono referaty i przedstawiano chorych.

Ważniejsze z tych referatów są następujące:

Dr. Łuczkowski: O chorobie Parkinsona z demonstracją odpowiedniego chorego.

Dr. Wilenko: O chorobach nerek i ich leczeniu w świetle współczesnej nauki.

Dr. Brendel: O wysypkach z objawami lichen planus w przebiegu syfilisu.

W październiku 1922 roku Koło poświęciło kilka posiedzeń wyborom do Lubelskiej Izby Lekarskiej i starało się przeprowadzić do Rady jednego swego kandydata, co zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem. Do Rady Izby Lekarskiej wszedł z naszego grona dnia 10. XII. 1922 r. przewodniczący Koła Dr. Łuczkowski, a później został wybrany zastępcą członka Sądu Izby Lekarskiej sekretarz Koła Dr. Gniazdowski. W końcu należy zanotować urządzenie dla szerszej publiczności staraniem Koła i Sekcji Sanitarnej T. W. W. uroczystego wieczoru ku uczczeniu pamięci Pasteura z okazji 100 letniego jubileuszu Jego urodzin. Wieczór ten odbył się z dość licznym udziałem publiczności w Klubie Społecznym (dawniejsza Resursa Miejska) dnia 11. I. 1923 roku z następującym porządkiem dziennym:

Dr. Łuczkowski: Biografja Pasteura.

Dr. Fuchs: Leczenie metodą Pasteura i wyniki tego leczenia.

Jednem z ważniejszych zadań Koła na rok następny jest założenie przy Kole Sekcji Higjenicznej, mającej zadanie skupić jak najszersze grono inteligencji pod hasłem szerzenia wiadomości z higjeny, jak również praktycznego jej zastosowania. *T. Gniazdowski*, sekr.

IV. Zjazd psychjatrów polskich we Lwowie.

W dniach 20, 21 i 22 b. r. odbył się we Lwowie 4-ty Zjazd Psychjatrów polskich, w którym wzięło udział 73 uczestników. Uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się w niedzielę, dnia 20 maja o godzinie 11-ej przed południem w auli uniwersytetu Jana Kazimierza. Zjazd powitał imieniem Senatu Rektor ks. Dr. Narajewski podnosząc w przemówieniu swem społeczne i naukowe znaczenie tego Zjazdu. Następnie powitał Gości przewodniczący Komitetu Zjazdowego, Dyrektor Zakładu w Kulparkowie Dr. Kohlberger, dziękując przytem JM. Rektorowi i całemu Senatowi Uniwersytetu Jana Kazimierza za udzielenie wspaniałego przybytku uniwersyteckiego na miejsce otwarcia i obrad Zjazdu.

W skład prezydjum Zjazdu weszli jako przewodniczący doc. Dr. Radziwiłłowicz z Warszawy, główny organizator Zjazdów Psychjatrów Polskich, prof. Dr. Mazurkiewicz z Warszawy, prof. Dr. Borowiecki z Poznania, Dyr. Dr. Piotrowski z Dziekanki. Jako zastępcy przewodniczących: dyr. dr. Zagórski z Kobierzyna, dyr. dr. Cyran z Lublińca na Śląsku górnym.

Po przemówieniach powitalnych dziekana Wydziału lekarskiego prof. Dr. Schramma, oraz Szefa Sanitarnego generała lekarza Dr. Zielińskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego we Lwowie tudzież Dr. Radziwiłłowicza, Delegata Ministerstwa Zdrowia Publicznego, wygłosili Dr. Zagórski z Kobierzyna i docent dr. Radziwiłłowicz z Warszawy referaty na temat: »Ubezwłasnowolnienie wskutek choroby umysłowej«.

W dyskusji nad tym tematem, wywiązała się bardzo żywa dyskusja, w której zabierali głos nietylko przedstawiciele świata lekarskiego, lecz także przedstawiciele sfer prawniczych.

Po południu tegoż dnia odbyło się drugie posiedzenie Zjazdu, na którem wygłoszono następujące referaty:

1) Dr. Piotrowski z Dziekanki obok Gniezna: »Paranoia i poczytalność«, 2) Dr. Hermann z Warszawy: »Rzut oka na dzieci ulicy ze stanowiska psychopatologicznego, społecznego i prawnego«. 3) Dr. Domaszewicz ze Lwowa: »Własne spostrzeżenia nad psychologją żołnierza na froncie«. 4) Dr. Izydor Krzemicki ze Lwowa: »Zygopsja i jej znaczenie w djagnostyce neurologiczno-psychjatrycznej« z pokazem przyrządu własnego pomysłu, nazwanego »pegometrem«.

Wieczorem o godz. 9-ej odbyła się wspólna wieczerza uczestników Zjazdu w hotelu George'a przy udziale 58 osób.

Następnego dnia rano odbyło się trzecie posiedzenie, na którem wygłoszono następujące referaty: Drowie: 1) Sterling. »Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne«. — 3) Mazurkiewicz. »Układ nerwowy i zaburzenia psychiczne«. — 3) Morawski. »Dziedziczność i konstytucja«. — 4) Wichert. »Z psychjatrycznej kazuistyki zaburzeń wewnątrz — wydzielniczych«, oraz »O zmianach afektywnych w parkinsonowskiej i innych postaciach porażenia postępującego«. — 5) Dr. Zieliński: »Z dziedziny badań nad stosunkiem budowy ciała do konstytucji psychicznej«.

Po południu tegoż dnia odbyło się 4-e posiedzenie, na którem wygłoszono następujące referaty:

1) Dr. Balej: »Zaburzenia psychiczne w nagminnem zapaleniu mózgu«. — 2) Dr. Zamecki: »Sympatyko- i wagotonja«. — 3) Dr. Zylberlast Zandowa: »Zaburzenia psychiczne w drętwicy karku«. — 4) Dr. Schilling-Siengalewicz: »Sploty naczyniówki mózgowej, jako wał ochronny centralnego układu nerwowego«. — 5) Dr Stępień: »Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w klinice psychjatrycznej uniwersytetu warszawskiego«. — 6) Dr. Goebel: »Badania nad zachowaniem się cholesteryny w płynie mózgowordzeniowym i krwi psychicznie chorych«.

Wieczorem tegoż dnia udali się Goście na przedstawienie do teatrów, korzystając z uprzejmości Dyrekcji Teatrów lwowskich, które zarezerwowały miejsca bezpłatne dla uczestników Zjazdu.

Trzeciego dnia rano wygłoszono następujące referaty:

1) Prof. Dr. Borowiecki: »Uwagi w sprawie kierunku psychologicznego w psychjatrji«. — 2) Dr. Horwitzówna: »Schizofrenja w wieku dziecięcym«. — 3) Dr. Bychowski junior. »O myśleniu schizofreników«. — 4) Dr. Bielawski: »Odruchy patologiczne w katatonji«.

Po półgodzinnej przerwie odbyło się walne zebranie Towarzystwa psychjatrów polskich, z następującym porządkiem dziennym: Na posiedzeniu tem wybrano ponownie tych samych członków Zarządu, a mianowicie: Prezesem: Ministra Zdrowia Publicznego dr. Witolda Chodźkę. Naczelnym redaktorem: Prof. dr. Mazurkiewicza. Sekretarzem: Doc. Dr. Radziwiłłowicza.

Uchwalono następujące rezolucje:

1) Zjazd uważa za konieczne, utworzenie Centralnego Urzędu Psychjatrycznego podległego bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia Publicznego, celem należytego zorganizowania spraw psychjatrycznych w Państwie.

2) Zjazd wzywa Rząd do najszybszego przeprowadzenia w porządku prawodawczym jednolitej dla całego Państwa ustawy, regulującej opiekę nad psychicznie chorymi.

3) Zjazd uważa za wielką klęskę, wobec katastrofalnego u nas braku miejsc szpitalnych dla psychicznie chorych, oddawanie szpitali i oddziałów psychjatrycznych na inne, nie psychjatryczne cele społeczne.

Zjazd ponawia żądanie jak najszybszego stworzenia klinik psychjatrycznych w miastach uniwersyteckich.

4) Wobec szerzącej się w sposób zastraszający i stale wzrastającej przestępczości wśród nieletnich, Zjazd uważa za konieczne, zanim wejdzie w życie, uchwalona przez Wydział karny Komisji Kodyfikacyjnej, ustawa o sądach dla nieletnich, stworzenie odpowiednio urządzonych zakładów wychowawczych dla dzieci przestępnych, upośledzonych i psychastenicznych, oraz zakładów poprawczych.

Zjazd wzywa Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, aby wszedł w porozumienie z odpowiedniemi czynnikami społecznymi, celem zwołania osobnego Zjazdu, poświęconego sprawom nieletnich przestępców, dzieci moralnie zaniedbanych i pozostających bez opieki.

5) Zjazd z całym naciskiem stwierdza niezbędność utrzymania ustawy z r. 1920, ograniczającej sprzedaż i spożycie napojów alkoholowych, energicznie protestuje przeciwko usiłowaniu wprowadzenia w niej zasadniczych zmian, oraz wzywa Rząd do najściślejszego przestrzegania ustawy.

6) Wobec stwierdzonej przez Ministerstwo Wyznań i Oświecenia Publ. zastraszających objawów alkoholizmu, szerzącego się wśród młodzieży szkolnej, Zjazd domaga się od tegoż Ministerstwa zaprowadzenia systematycznej nauki alkohologji w szkołach średnich i zawodowych, a przedewszystkiem w seminarjach męskich i żeńskich.

7) Nadto Zjazd przyjął do wiadomości protokół Komisji, wyłonionej celem ustalenia postulatów psychjatrycznych w przyszłym kodeksie cywilnym polskim i polecił Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, podjęcie starań, celem należytego uwzględnienia zgłoszonych wskazań psychjatrycznych w pracach komisji kodyfikacyjnej.

W rozwinięciu uchwały szóstej, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrów powinien podjąć starania w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego o wprowadzenie do czytanek dla szkół ludowych ustępów o treści przeciwalkoholowej, opracowanych przez siły fachowe, o zarządzenie po szkołach wszelkiego typu konferencji z rodzicami, dla omówienia z nimi konieczności przestrzegania wstrzemięźliwości w życiu rodzinnem, a zaopatrzenie bibljotek szk. w książki

traktujące o walce z alkoholizmem, o przeprowadzenie za pośrednictwem lekarzy szkolnych statystyki wpływu używania alkoholu na fizyczny, moralny i umysłowy rozwój uczniów.

Oprócz tego Zjazd stwierdził potrzebę jak najrychlejszej poprawy uposażenia lekarzy w Zakładach psychjatrycznych, dla zapewnienia dostatecznego dopływu fachowych sił lekarskich do polskich zakładów psychjatrycznych, celem utrzymania tych zakładów na poziomie, odpowiadającym postępowi nauki psychjatrycznej. — Ponadto wobec stwierdzonego braku podręczników pielęgniarstwa psychjatrycznego, Zjazd uważa za niezbędne, wydanie przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego takiego podręcznika.

Po południu tegoż dnia udali się uczestnicy Zjazdu do Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie, celem zwiedzenia tegoż, przyczem Zakład podejmował Gości wspólnym podwieczorkiem.

Imieniem Prezydjum Zjazdu wysłał dyrektor Kohlberger na ręce generała Konaszewskiego w Wilnie telegram następującej treści:

Generał Konaszewski — Wilno.

Czwarty Zjazd Psychjatrów Polskich, zebrany we Lwowie, obradujący dziś w Kulparkowie w pawilonie zajętym w czasie obrony Lwowa w r. 1919 przez wojska wielkopolskie pod rozkazami Pana Generała, przesyła wyrazy hołdu i podzięki za oswobodzenie Lwowa i Zakładu Kulparkowskiego stojącego wówczas w ogniu pocisków nieprzyjacielskich przez prawie pół roku. Imieniem Prezydjum Zjazdu: Dyrektor Kohlberger.

O godz. 23 tego dnia, udała się część uczestników (w liczbie 20) na wycieczkę do Drohobycza i Borysławia, korzystając z uprzejmości Dyrekcji Kolei, która zarezerwowała dla Gości specjalny wagon.

Komitet Zjazdu poczuwa się do obowiązku złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie wszystkim tym, którzy udzielili mu swego poparcia, a w szczególności J. M. Rektorowi i całemu Senatowi Uniwersytetu Jana Kazimierza za udzielenie wspaniałego przybytku uniwersyteckiego na miejsce otwarcia i obrad Zjazdu.

Prezydentowi Kolei Państwowych J. W. P. Barwiczowi, za ułatwienia przy zbieraniu gości na dworcu kolejowym, oraz zapewnienie im miejsca przy wyjeździe, tudzież danie osobnego wozu wycieczkowego.

Reprezentacji Miasta Lwowa, a głównie wiceprezydentowi tegoż J. P. Chlamtaczowi, za udzielenie 40 biletów bezpłatnych do teatrów miejskich.

Dr. Palestrowi za udzielenie auta osobowego na czas Zjazdu dla potrzeb uczestników tegoż.

Dyrektorowi szpitala powszechnego Dr. Krzyżanowskiemu za pomieszczenie 20-stu uczestników Zjazdu w pawilonach szpitalnych.

Generałowi Zielińskiemu i pułk. Dr. Węgłowskiemu za pomieszczenie kilku uczestników Zjazdu w Okręgowym szpitalu wojskowym, a także tym wszystkim osobom, które podejmowały gościnnie uczestników Zjazdu w swych prywatnych mieszkaniach.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Państwa Polskiego. Okrąg Małopolski wystosował do Okręg. Związków Kas chorych w Krakowie i we Lwowie następujące pismo: Z licznych stron otrzymaliśmy zażalenia od lekarzy kasowych w Małopolsce na chorych kasowych, którzy zamiast zgłosić swą przynależność do kasy przed rozpoczęciem badania wzgl. przed wykonaniem zabiegu operacyjnego — robią to dopiero po skończeniu czynności lekarskiej. Odnosi się to oczywiście do czynności lekarskich poza ambulatorjum kasowem, względnie do tych wypadków, gdzie lekarz ambulatorjum kasowe prowadzi u siebie w domu.

Przyczyną takiego postępowania jest z jednej strony brak należytego uświadomienia chorych o ich obowiązkach ze strony Zarządów Kas chorych, a z drugiej strony mylne przekonania chorych, że lekarz kasowy inaczej bada, leczy etc. chorego kasowego, aniżeli pacjenta prywatnego.

Zdarzają się i to nierzadko wypadki takie, gdzie dopiero po skończonym zabiegu chirurgicznym chory zapytuje lekarza kasowego ile mu za zabieg jest winien — ten podaje cenę przez lekarzy praktyków w danej miejscowości i w danych warunkach przyjętą, cenę kilkakrotnie wyższą aniżeli honorarjum wypłacane przez Kasę — a wtedy dopiero chory, jakby na kpiny z lekarza, okazuje mu swą legitymację kasową. Zdarzają się i takie przypadki, gdzie chory wogóle zamilcza o swej przynależności do Kasy, wypłaca honorarjum żądane i czasem wcześniej, a czasem po miesiącu dopiero lub później, zgłasza się do Zarządu Kasy z nieuzasadnioną prośbą o zwrot wypłaconego lekarzowi kasowemu honorarjum, co znowu daje powód do dochodzeń dyscyplinarnych ze strony Zarządu Kasy przeciw danemu lekarzowi z ujmą tak dla bezpośrednio interesowanego lekarza, jak i dla całego stanu lekarskiego.

Zgłoszenie przynależności do Kasy po skończonem badaniu zabiera drogi czas tym lekarzom kasowym, którzy prowadzą ambulatorjum u siebie w domu. Lekarz wciąga historję choroby do swej prywatnej książki chorych, zapisuje na prywatnym blankiecie leki w sposób w Kasach niedozwolony i musi to wszystko potem przepisywać, niejednokrotnie zmieniać ordynację etc.

Wydział stoi podobnie jak i Zarządy Kas chorych na tem słusznem stanowisku, że nie wolno lekarzowi kasowemu brać prywatnego honorarjum od chorych kasowych, gdyż za czynności jego wypłaca mu Zarząd Kasy tę sumę, na którą się dobrowolnie zgodził.

Ażeby uniknąć przykrych nieporozumień z Zarządem Kas chorych, nie wolno — zgadzamy się z tem w zupełności — brać honorarjum nawet wtedy, gdy sobie strona tego wyraźnie życzy i natarczywie lekarza kasowego do tego skłonić usiłuje.

Nie możemy jednak zgodzić się z tem, ażeby chory zgłaszał swą przynależność do Kasy dopiero po skończonej konsultacji, wzgl. po wykonaniu zabiegu, gdyż zakrawa to na kpiny z lekarza i poniża jego godność.

Z przytoczonych powodów Wydział Okręgu zwraca się do Szanownego Związku Kas chorych z prośbą, by zechciał w sposób, jaki uzna za stosowny, pouczyć członków Kasy o ich obowiązkach względem lekarzy z tym dodatkiem, że zgłaszający swą przynależność do Kasy po skończonem badaniu lub po wykonaniu zabiegu, będą przez lekarza kasowego uważani za pacjentów prywatnych i z własnych funduszów będą musieli zapłacić honorarjum, w wysokości przyjętej w danych warunkach w praktyce prywatnej, bez regresu do Zarządu Kasy chorych.

Prosimy o zawiadomienie nas, w jaki sposób sprawę omówioną Szanowny Zarząd załatwił.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. Jan G ł a t z e l, asystent kliniki chirurgicznej, habilitował się w Uniw. Jagiel. z zakresu chirurgji.

P r y m a r j u s z e m o d d z i a ł u c h o r ó b k o b i e c y c h szpitala św. Łazarza mianowało Ministerstwo zdrowia Doc. Dr. Januarego Z u b r z y c k i e g o.

C z ł o n k i e m k o r e s p o n d e n t e m Polskiej A k a d e m j i U m i e j ę t n o ś c i w Krakowie w 50 rocznicę jej istnienia został wybrany m. i. prof. dr. Józef H o r n o w s k i z Warszawy, który nietylko osobistemi swemi publikacjami z dziedziny anatomji patologicznej wysunął się do pierwszego szeregu uczonych lekarzy polskich, ale potrafił również w kilku zaledwo latach swej pracy w Warszawie zapalić do pracy naukowej liczne grono swych uczniów, wydających własnym kosztem już trzeci zeszyt rozpraw z warszawskiego Zakładu anatomji patologicznej. Składając prof. Hornowskiemu szczere gratulacje z powodu zasłużonego odznaczenia, z radością zapisujemy fakt powołania Jego do grona członków najwyższej Polskiej Instytucji naukowej, której podwoje tak rzadko otwierają się dla lekarzy. (*C.*).

D o I z b y l e k a r s k i e j wpływają liczne zapytania lekarzy o wysokość opłaty stemplowej dla świadectw lekarskich. Ponieważ różne urzędy skarbowe udzielają lekarzom różnych w tym kierunku wyjaśnień, przeto Izba lekarska zwróciła się z prośbą o wyjaśnienie do Izby skarbowej w Krakowie i otrzymała odpowiedź tej treści, że świadectwa lekarskie, o ile nie pochodzą od lekarzy urzędowych, są wolne od opłaty stemplowej.

Lwów.

I. P o l s k i Z j a z d l e k a r z y - d e n t y s t ó w. W dniu 21. lipca br. rozpocznie się we Lwowie pierwszy naukowy zjazd lekarzy-dentystów, pierwszy w wolnej Polsce. Inicjatorem Zjazdu i przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego jest prof. dr. A. Cieszyński, dyrektor uniwersyteckiego Instytutu dentystycznego, którego istnienia odnowy 10 letnia rocznica właśnie w roku bieżącym przypada. Zjazd trwać będzie do 26. lipca br. i obejmować będzie prócz licznych wykładów naukowych także pokazy praktyczne. Ze Zjazdem połączona będzie Wystawa, obejmująca prócz objektów naukowych, urządzeń Instytutów i Klinik, i pomocy naukowych, również dział przemysłowy, w którym najwybitniejsze firmy dentystyczne będą zastąpione. Dla uczestników Zjazdu przewidziane są prócz zwiedzania miasta także wycieczki do Drohobycza, Jaremcza i Truskawca. W pierwszym dniu Zjazdu odbędzie się Raut w salach reprezentacyjnych Uniwersytetu Jana Kazimierza, pod protektoratem Wysokiego Senatu Akademickiego. Przewidziane są zniżki kolejowe przy większym udziale uczestników z większych miast, Warszawy, Łodzi, Krakowa, Poznania. Komitet zapewnił uczestnikom kwatery w Domu Akademickim im. Jana Kasprowicza i w pierwszorzędnych hotelach. Wszelkich informacji udziela Komitet organizacyjny I. Polskiego Naukowego Zjazdu Lekarzy-dentystów, Lwów, ul. Zielona 5. a I. p.

Warszawa.

Odnośnie do notatki umieszczonej w N. 25 P. G. L. i d o t y c z ą c e j Z j a z d u o t o l a r y n g o l o g i c z n e g o uprasza nas dr. Erbrich o umieszczenie zawiadomienia, że przez pomyłkę umieszczono jego nazwisko wśród członków Komitetu organizacyjnego tegoż Zjazdu.

T e g o r o c z n y XX Z j a z d C h i r u r g ó w P o l s k i c h odbędzie się w Poznaniu w dniach 4, 5 i 6 października r. b. — Zgłoszenia prac kierować należy do sekretarza Towarzystwa Chirurgów Polskich (Warszawa — Wspólna 62. — dr. Lewenstern.).

Zmarli.

Dr. Marjan P r u s, b. asystent Uniw. J. Kazimierza i b. kapitan-lekarz W. P., zmarł w 33 r. życia we Lwowie.